

救急災害医療対策委員会
報 告 書

令和6年6月

日 本 医 師 会
救急災害医療対策委員会

令和6年6月

公益社団法人 日本医師会

会長 松本吉郎 殿

救急災害医療対策委員会

委員長 山口芳裕

本委員会は、令和4年12月7日開催の第1回委員会において、貴職から下記の事項を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。

記

医師会による救急災害医療の実践について

救急災害医療対策委員会

- 委員長 山口 芳裕（杏林大学医学部主任教授・高度救命救急センター長）
- 副委員長 猪口 正孝（東京都医師会顧問）（～2023年7月10日）
- 目黒 順一（北海道医師会常任理事）
-
- 委員 登米 祐也（宮城県医師会常任理事）
- 新井 悟（東京都医師会理事）（2023年7月18日～）
- 久保田 毅（神奈川県医師会理事）
- 河村 英徳（愛知県医師会理事）
- 平林 弘久（兵庫県医師会理事）
- 北村 龍彦（高知県医師会常任理事）
- 田名 毅（沖縄県医師会副会長）
- 高倉 英博（静岡県医師会理事）
- 松山 正春（岡山県医師会会長）
- 西 芳徳（熊本県医師会理事）
- 鋤方 安行（大阪府医師会理事）
- 村上美也子（富山県医師会会長）
- 坂本 哲也（公立昭和病院院長）
- 横田 裕行（日本体育大学大学院保健医療学研究科長・教授）
- 郡山 一明（北九州総合病院救急科部長）
- 田邊 晴山（救急振興財団救急救命東京研究所教授）
- 秋富 慎司（日本医師会総合政策研究機構 主任研究員／
東北大学 災害科学国際研究所 客員教授）

救急災害医療対策委員会ワーキンググループ
日本医師会 ACLS 研修制度の検討

座長 坂本 哲也（公立昭和病院院長）
委員 目黒 順一（北海道医師会常任理事）
河村 英徳（愛知県医師会理事）
平林 弘久（兵庫県医師会理事）
北村 龍彦（高知県医師会常任理事）
田邊 晴山（救急振興財団救急救命東京研修所教授）
郡山 一明（北九州総合病院救急科部長）

救急災害医療対策委員会ワーキンググループ
JMATのあり方

- ・ JMAT 研修 COVID-19 オプション研修 ★
- ・ JMAT 携行医薬品・携行資器材リストの改訂作業 ※

座長 田名 毅（沖縄県医師会副会長） ★
委員 登米 祐也（宮城県医師会常任理事） ★※
新井 悟（東京都医師会理事） ★
河村 英徳（愛知県医師会理事） ★
平林 弘久（兵庫県医師会理事） ★
北村 龍彦（高知県医師会常任理事） ★
高倉 英博（静岡県医師会理事） ※
松山 正春（岡山県医師会会長） ※（改訂作業座長）
西 芳徳（熊本県医師会理事） ★※
鋤方 安行（大阪府医師会理事） ★
村上美也子（富山県医師会会長） ※
秋富 慎司（日本医師会 総合政策研究機構 主任研究員／
東北大学 災害科学国際研究所 客員教授） ※

救急災害医療対策委員会ワーキンググループ
マスギャザリング災害に備えた医療体制

- 座長 山口 芳裕（杏林大学医学部主任教授・高度救命救急センター長）
委員 新井 悟（東京都医師会理事）
鋤方 安行（大阪府医師会理事）
坂本 哲也（公立昭和病院院長）
田邊 晴山（救急振興財団救急救命東京研修所教授）
横田 裕行（日本体育大学大学院保健医療学研究科長・教授）
-

救急災害医療対策委員会ワーキンググループ
地域包括ケアシステムにおける救急医療について

- 座長 目黒 順一（北海道医師会常任理事）
委員 久保田 毅（神奈川県医師会理事）
田名 毅（沖縄県医師会副会長）
高倉 英博（静岡県医師会理事）
村上美也子（富山県医師会会長）
横田 裕行（日本体育大学大学院保健医療学研究科長・教授）
郡山 一明（北九州総合病院救急科部長）

目次

| | |
|--|----|
| I. 総括 | 1 |
| II. 「日本医師会 ACLS 研修制度の検討」ワーキング グループ 報告書 | 7 |
| III. 「JMAT のあり方」ワーキンググループ 報告書 | 12 |
| IV. 「マスギャザリング災害に備えた医療体制」 ワーキンググループ 報告書 | 21 |
| V. 「地域包括ケアシステムにおける救急医療につ いて」ワーキンググループ 報告書 | 27 |
| VI. 「次世代の災害医療」に関する活動 報告書 | 72 |

I. 総括

1. 諸言

日本国憲法第二十五条は、健康で文化的な最低限度の生活を営む国民の生存権をうたっている。国家の公共性は、この基本的人権を保障すべき公共的価値を実現する責務を負っているが、国民ひとりひとりの位相についていえば、具体的に個の生命に働きかけそれを支える相互行為が行われる空間は親密圏たる「地域」であり、公共性はその「地域」においてこそ発現されるべきである。このような考え方は、地域保健法（平成6年）や地方分権一括法（平成12年）を通じて確かな潮流となったかに見えた。

「地域」の時代はまた、疾病構造の変化と社会基盤の成熟を背景に、健康政策の目標が、集団から個人へ、客観から主観へ、経済中心から人間中心へと変遷することに勇気づけられ歓迎されるようにも思えた。

ところが、この流れを一変させたのは新型コロナウイルスの感染拡大である。

対応能力を凌駕する“災害の最たる事態”に直面したわが国の行政組織は、中央集権的リーダーシップにそのハンドリングを回収・集約する選択肢を取った。国民もまた、感染症まん延防止、医療提供体制確保、経済生活安定の三すくみ構造が深刻化する中で、公共性の発現を再び「国家」が吸い上げ、単一の司令塔のもとで一元統制する指向性を容認せざるを得なかった。

しかし、3年以上に及ぶ「緊急事態宣告＝対策本部＝非常時権力集中」に象徴される統制政策は、国家を最高の人倫とみなすヘーゲルの時代にはとうてい回帰できない国民に許容しがたいストレスをもたらし、結果としてデュルケームが「アノミー」と呼んだ数々の社会病理学的現象が噴出した。

令和5年5月に新型コロナウイルス感染症の5類移行を受け、上記の病的状況の是正すなわちアトム化された人々の「連帯心」や「モラル」の回復が急務とされたが、国家を媒介とした働きかけは容易でなく、国家と個人の間には存在する中間集団にその可能性が期待される状況となった。こうしたなか、国民の最も身近な「地域」の親密圏で

その健康を守る役割を担ってきた「かかりつけ開業医」にその処方箋発行の最適者としての期待が寄せられるのは当然の帰結と思われた。医師会は、医術を行使する「現場」という意味と、多様でそれぞれに特異な付帯条件を負った「地域」という二つのローカルの視点を持ちながら、上医としてグローバルな視点を合わせもつことができるグローカル公共哲学の実践者である。我われは、災害時に限らず、国家全体を視野に入れながら、自己の専門性に拠るところの自律的行動の実践のために不断の努力を惜しまず、プロフェッショナルオートノミーを貫きもって国民の負託に応えなければならない。

今期の「救急災害医療対策委員会」は、会長からの諮問「医師会による救急災害医療の実践について」に基づいて設置された4つのワーキンググループの活動に加え、令和5年9月に豊川市において移動委員会、令和6年6月に日本医師会館において「次世代の災害医療」シンポジウムを開催し、国民が安心できる医療防災イノベーションとスタートアップの推進に立ち、広い視野での国民的議論を促すためのアクションを始動させた。

2. 「日本医師会 ACLS 研修制度の検討」ワーキンググループ

医師による効果的な救命処置・治療の実施を推進し、救急患者の救命率及社会復帰率の向上に資するために平成16年から実施されてきた日本医師会 ACLS 研修事業であるが、ACLS という略称についてアメリカ心臓協会の ACLS との混同が長らく指摘されてきたことや、最後の要綱等の改正から10年経過したことを受け、同研修について抜本的な議論が行われた。名称については、日本語を中心とし、かつ二次救命処置の一般名として広く使用されている ALS を用いた「日本医師会二次救命処置 (ALS) 研修」という名称に改めた。さらに、研修の基本理念として、チーム蘇生を重視すること、病院の勤務医（研修医）を対象としたものから開業医向けの実施を促進すること、さらに e-ラーニングの導入により実習時間の短縮や充実を図ることが決せられ、都道府県医師会を通じてその周知が図られた。

3. 「JMAT のあり方」ワーキンググループ

諮問に基づいて設置された2つの課題、すなわち「COVID-19 オプション研修」、「JMAT 携行医薬品・携行資器材リストの改訂作業」に加え、令和6年1月1日に発生した能登半島地震における被災地 JMAT や支援 JMAT の活動を踏まえた論点整理（臨時開催）に取り組んだ。

「COVID-19 オプション研修」についてはグループで準備、検討を重ね、日本災害医学会ならびに日本環境感染学会の協力を得て、令和5年7月に109名の受講者を対象に研修会を開催した。

JMAT 携行医薬品リストおよび JMAT 携行資器材リストについては、最後の改訂から4年が経過することから、委員会委員、都道府県医師会、日本臨床分科医会代表者会議、アドバイザーに意見を求めながら改訂作業を行った。改訂後のリストは極めて完成度の高いものであることを自負しつつも、今後も医薬品・資器材の変遷に伴って定期的な見直しが不可避であること、さらにモバイルファーマシーの普及などを踏まえリストの運用面について継続的な検討が必要であることが確認された。

能登半島地震の JMAT 派遣については、1月3日から石川県医師会による「被災地 JMAT」が、また1月5日から全国の都道府県医師会による「支援 JMAT」が活動を行ったことを踏まえ、活動面における課題等を整理することを目的として2月14日にワーキンググループを臨時開催した。ただし、未だ JMAT が活動中であることや活動終了後には正式な総括作業が見込まれることから、論点の頭出しという趣旨にとどめた議論となった。

4. 「マスギャザリング災害に備えた医療体制」ワーキンググループ

我が国は、先般開催されたラグビーワールドカップ2019日本大会、東京オリンピック・パラリンピック競技大会を通じて、マスギャザリング災害に備えた医療体制に関する多くの知見と経験を得た。これらの大規模な国際イベントの開催を経験したなか

で得られたものは“レガシー”として2025年に開催される日本国際博覧会やさらにその先の次世代へと、その襍が受け継がれていかなければならない。過去2期のマシギザリング災害に備えた医療体制ワーキンググループでは、上記の国際イベントを見据えてマシギザリング医療対応能力の向上を目指す日本医師会の取り組みを支えてきた。そのなかで、CBRNEテロ対応を見据えたワンストップ窓口事業の検討と調整、都道府県医師会救急災害医療担当理事連絡協議会を通じた情報共有手段の構築推進、『大規模イベント医療・救護ガイドブック』の監修・編集等を実施してきた。

今期は、ガイドブックの改訂作業を通じてマシギザリング災害に対応する医療の基本骨格の整理に努めた。改訂内容の詳細はWGの報告書にゆずるが、その最大の特徴は、初版の主な対象者であった本部機能を担う人、競技場内やラストマイル救護所医療を担う人、のいずれでもない、イベント医療には直接携わらない開催地域の医療を担う一般医家に向けた記載を補充させたことにある。計画段階から重ねられてきた検討の成果と実際のイベント開催で得た経験が、2025年に開催される日本国際博覧会やさらにその先の次世代へ繋がれていくことを望んでやまない。

5. 「地域包括ケアシステムにおける救急医療について」ワーキンググループ

前期のワーキンググループで論点整理された課題について検討を重ね、さらに絞り込んだ論点について、次の二つの観点から分類を試みた。一つは、「医師会への提言」として医師会の観点から主張、推進すべきことを検討し、その対象を「救急医療基本法」と「救急救命士の活用について」とした。もう一つは、「都道府県医師会、郡市区医師会への具体的・実践的な提言」として、現場の取り組みをすすめるために具体的・実践的な助言となる情報提供をめざし、その対象を「傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生について」とした。

本ワーキンググループは、公共性の発現主体たる「地域」において地域医師会こそが地域全体の医療提供者を取りまとめる唯一の存在であり、自らを触媒として多業種・他職種連携を推進していく現場実践者であるという理念のもとに、外部からの招へい

者をふくめた活発な議論が交わされた。その結果、「救急医療基本法」については、日本救急医学会などのアカデミアと連携した立法化の推進とともに、本法が社会のインフラかつセーフティネットであるという意識の醸成を図ることが示された。また、「救急救命士の活用について」は、医師の働き方改革が始まりタスクシフト・シェアが求められる状況下にあって救急救命士の業務拡大を推進することの重要性を確認しつつ、常に最優先に位置づける医療の安全に見合う質の担保にむけて日本医師会が果たすべき役割を明記した。

6、「次世代の災害医療」に関する活動

従来の災害医療は、災害の発生後にオペレーションを開始してきたが、災害発生を予測・通知するシステムや災害発生リスクを事前に把握できる手段などをめぐる近年の技術発展は「災害の発生前に災害医療を始動させる」という新しいコンセプトを相当程度の蓋然性をもって期待し得るものとした。こうした状況を踏まえ、本委員会では、過去の事例から学び、どのように災害医療の作動点を前倒すことができるか、さらに未来のまちづくりはどうあるべきか、わが国の災害との向き合い方はどうあるべきかについて、広く国民的な議論を促す機会の創出に挑戦した。

令和5年9月には、同年6月に発生した愛知県豊川市の大雨・浸水災害について有識者や関係省庁担当者の参加を得て現地で検証を行い、気象庁や国土交通省が発災前から多くの有益な防災・減災情報を発信していることを認識するとともに、医療機関等でどのように利活用するかに関する学びと議論が生まれた。令和6年6月には、この検証で得られた学びを広く全国の医療従事者と共有するとともに、災害時にも命と健康が守られる未来のまち創りと、医療防災領域におけるイノベーションとスタートアップの推進を目指して、日本医師会シンポジウム「次世代の災害医療」を開催した。災害時にも命や健康を守る医療の継続性を担保するためには、医療を都市計画の段階から重要な柱の一つと位置付けて「未来のまち」を創生することが、特に災害の多いわが国において大切である。国民が安心できる命の防災推進の視点に立ち、金融を含

めた社会資源をいかに投入するかという創意工夫を含めた広い視野での国民的議論につなげるために、医療界以外の様々な社会領域のトップランナーを招へいした。

7. まとめ

上記のように、今期の「救急災害医療対策委員会」は、4つのワーキンググループの活動に加え、令和5年9月の豊川市における移動委員会と令和6年6月の日本医師会館におけるシンポジウムを企画し「次世代の災害医療」にむけた国民的議論を促すための挑戦を始動させた。

新型コロナウイルス感染症という未曾有の災害環境下にあって、次世代の安全のための議論を主導することは、日本医師会の委員会として適正な活動姿勢である。公共性の発現主体たる「地域」において常に国民の傍らにあってその生命・健康を守る現場実務者であると同時に、上医としてグローバルな視点を合わせもつことができるグローバル公共哲学の実践者であることを志向するという意味合いにおいて、この果敢な作業は「公共世界の復興」として大きな歴史的意義を有するものになると確信する。

Ⅱ. 救急災害医療対策委員会

「日本医師会 ACLS 研修制度の検討」 ワーキンググループ 報告書

令和6年6月

ワーキンググループ設置の経緯

日本医師会では、医師による効果的な救命処置・治療の実施を推進し、救急患者の救命率及社会復帰率の向上に資するため、平成16年3月より、日本医師会 ACLS（二次救命処置）研修事業を実施してきている。

今般、研修会の最後の要綱等の改正から10年が経過したことや、日本医師会における ACLS（Advanced Cardiac Life Support）という略称について、アメリカ心臓協会の ACLS（Advanced Cardiovascular Life Support）との混同が長らく指摘されてきたことから、令和4・5年度日本医師会救急災害医療対策委員会（以下、親委員）に、「日本医師会 ACLS 研修制度の検討」ワーキンググループ（以下、WG）が設置され、同研修の要綱等の改正について検討を行うこととなった。

ワーキンググループ委員

| | |
|----|--------------------------|
| 座長 | 坂本 哲也（公立昭和病院院長） |
| | 目黒 順一（北海道医師会常任理事） |
| | 河村 英徳（愛知県医師会理事） |
| | 平林 弘久（兵庫県医師会理事） |
| | 北村 龍彦（高知県医師会常任理事） |
| | 田邊 晴山（救急振興財団救急救命東京研修所教授） |
| | 郡山 一明（北九州総合病院救急科部長） |

改正への経緯

本WGは令和5年2月9日に第1回を開催し、名称も含めた制度全般の見直し案を作成することを目的として議論を行った。具体的には、要綱、細則、Q&Aの改正を行うこととし、令和6年4月より運用の開始を目指すこととした。また、それにあたって論点を以下のように整理した。

- ◆議論の進め方、◆スケジュール、◆研修の対象者（開業医・勤務医）、◆カリキュ

ラム（日本救急医学会の I C L S コースとの関係、チーム蘇生、具体的な内容）、
◆名称について、◆実習の開催方法・e-learning について、◆その他（インストラクターの強化、研修制度の普及について）

WG ではこれらを反映する形で、要綱、細則、Q&A の改正作業を行い、改定案を令和 5 年 12 月 15 日に開催された第 5 回親委員会で報告し、了承を得た。

また、令和 6 年 2 月 6 日には日本医師会の役員で構成される日本医師会 ACLS（二次救命処置）研修運営委員会にて、また同年 2 月 13 日の日本医師会常任理事会にて、それぞれ改正案の了承が得られた。

これらを踏まえて、日本医師会から令和 6 年 2 月 21 日付日医発第 2060 号にて、都道府県医師会の担当理事宛に同年 4 月 1 日から制度改正を行うという周知が行われた。以上について、同年 2 月 29 日に開催された第 6 回親委員会にて報告がなされた。

改正後の要綱、細則、Q&A は以下の日本医師会ウェブサイトに掲載されている。

- ・日本医師会二次救命処置 (ALS) 研修 (旧称：日本医師会 ACLS (二次救命処置) 研修)
<https://www.med.or.jp/doctor/work/000221.html>

また、今回の具体的な改正点については以下の通りである。

【名称（要綱第 2 条）】

- ・これまで「日本医師会 ACLS（二次救命処置）研修」（以下、旧称）としてきたところ、日本語を中心として、また、二次救命処置の一般名としての「ALS (Advanced Life Support)」という略称を用いて、「日本医師会二次救命処置 (ALS) 研修」（新名称）という名称に改めること。
- ・ただし経過措置として、一定期間、本研修の旧称である「日本医師会 A C L S（二次救命処置）研修」を要綱等に併記するとともに、同名称及び同名称に準じた名称で実施された研修については、新名称に読み替えることができること。

【基本理念（要綱第4条）】

- ・本研修会が創設された当初と比べて、現在では、よりチーム蘇生が重要視されており、その場で集まった人がチームワークをもって役割分担を行い、コミュニケーションを取りながら蘇生を行なう、いわゆるノンテクニカルスキルを発揮することが求められている。上記を踏まえて、研修会の理念に「医師の技能はもとより、所属医療機関のコメディカルも含めたチーム蘇生の推進を考慮するものであること」を加えること。

【学習目標（要綱第7条）、別表：標準カリキュラム】

- ・本研修会では、従来から学習目標を「突然の心停止に対する最初の10分間の適切な蘇生法を習得する」としているが、医療機関によって環境などが変わってくることから、心停止に対する適切な対応についても異なってくるのが想定されるので、研修会の目的や想定する受講対象者等により、到達目標や到達度を検討すること。

【研修会の普及（要綱第8条）】

- ・特に診療所の開業医向けの研修では、通常では診療所に常備されていない救急医療設備などは省略する等、より実際的な内容にして差し支えない。
- ・現在、実施されている研修会の多くが病院の勤務医（特に研修医）を対象としたものであるが、開業医向けの研修会の実施についても促していく必要がある。
- ・開業医向けの研修会を実施するにあたっては、参加しやすいような企画が必要である。具体例としては、以下のような開催方法が考えられる。

■講義部分（座学）を事前の e ラーニングとし、当日は実技実習を中心として研修時間の効率化や実技実習の充実を図る。（このような場合、講義部分（座学）の e ラーニングの内容について、事前又は当日に、確認の小テストなどを行うことが望ましい。）

※e ラーニングのみで、実技実習を行わない研修会は本制度では想定していない。

■研修会を分割して開催し、一連の受講をもって合格とする。なお、都道府県医師会会長が認める場合、各回の研修の実施主体が異なっても、一連のものと考えて差し支えない。

(例) 初回として BLS と ALS の一部、2 回目として ALS の残り体験的シミュレーションを実施。初回は郡市区医師会等が研修会を実施し、2 回目は都道府県医師会が初回の受講済の者に対して研修会を実施し、両方の修了者として日本医師会に報告する。

【オプション研修（要綱第 9 条）】

・オプション研修の項目として、「(6) 鎮静剤の副反応への対応」を追加。

終わりに

以上の通り、この WG では要綱等の改正を行い、制度の見直しを行うと共に、都道府県医師会を通じてその周知を行った。

今回の WG では制度の改正のみならず、近年、コロナ禍もあって低迷している研修の普及についても触れられた。具体的には例えば研修会の講義部分を e ラーニングにして、実習時間の短縮や充実を図るというものである。こういった教材については、日本医師会で使用できるものを提供するなど、適切な支援が求められる。日本医師会として、今後の検討課題としていただきたい。

Ⅲ. 救急災害医療対策委員会

「JMAT のあり方」ワーキンググループ 報告書

- ・ JMAT 研修 COVID-19 オプション研修
- ・ JMAT 携行医薬品・携行資器材リストの改訂作業
- ・ 令和 6 年能登半島地震の JMAT 派遣について

令和 6 年 6 月

はじめに

本ワーキンググループ（以下、WG）は、救急災害医療対策委員会（以下、親委員会）の今期の諮問として、松本吉郎会長から「医師会による救急災害医療の実践について」という諮問がなされたことに基づき設置された。

本WGの委員は下記の通りであり①JMAT研修 COVID-19 オプション研修（★）、②JMAT 携行医薬品・携行資器材リストの改訂作業（※）にグループ分けして活動をした。

また令和6年1月1日に発生した令和6年能登半島地震を受け、1月3日から開始された石川県内における被災地JMAT活動、1月5日から開始された被災都道府県外からの支援JMATを踏まえ、今後のJMAT活動の課題等について論点整理を行う③JMAT活動にかかる臨時開催のWGを①②の合同で行った。

座長 田名 毅（沖縄県医師会副会長） ★（2023年7月18日～ 座長）

登米 祐也（宮城県医師会常任理事） ★※

新井 悟（東京都医師会理事） ★（2023年7月18日～ 委員）

河村 英徳（愛知県医師会理事） ★

平林 弘久（兵庫県医師会理事） ★

北村 龍彦（高知県医師会常任理事） ★

高倉 英博（静岡県医師会理事） ※

松山 正春（岡山県医師会会長） ※（改訂作業座長）

西 芳徳（熊本県医師会理事） ★※

鋤方 安行（大阪府医師会理事） ★

村上美也子（富山県医師会会長） ※

秋富 慎司（日本医師会 総合政策研究機構 主任研究員／

東北大学 災害科学国際研究所 客員教授） ※

前座長 猪口 正孝（東京都医師会顧問） ★（～2023年7月10日 座長・委員）

①JMAT 研修 COVID-19 オプション研修

本グループは、前期の令和 2・3 年度救急災害医療対策委員会において策定された「JMAT 研修 オプション研修 COVID-19 編 プログラム (案)」にもとづき、研修会の企画及び開催を行うことを目的とし、その実施にあたっては、同じく前期委員会にて改訂された、日本医師会「新型コロナウイルス感染症時代の避難所マニュアル」をテキストとして使用することとして検討を開始した。

2023 年 1 月 20 日に開催した第 1 回の WG では、次のような論点について、研修会の企画にあたり、どのように取り扱うか検討を行った。

◆実施時期、方法、◆2 類、5 類の取扱い、◆新型コロナウイルス感染症以外の感染症 (インフルエンザ・ノロウイルス)、◆被災地 JMAT について、◆インストラクター、◆実習の進め方、◆達成度の小テスト、◆追加的なプログラム、◆資料 (研修資材) 提供について、◆派遣依頼方法、◆担当委員

当該検討結果については、2023 年 3 月 31 日開催の第 2 回親委員会に報告し、了承を得た。これに伴い、担当委員ごとに研修会の実習準備を進めていくこととした。

準備にあたっては各実習の担当委員ごとに実習の事前打合せを設け、状況設定、実習の流れ、時間配分、実習に必要な資器材などについて確認を行った。特に状況設定については、研修会全体を通して「今後の新興感染症なども想定し、ウイルスの病原力はオミクロン株以降ではなく、デルタ株頃までの強力さを前提とする」ことを、共通の認識とした。

また本研修の実技実習については、日本環境感染学会の講師各位に助言を頂きつつ、大阪府医師会で実施された「感染管理区域で従事する医師・看護師のための研修会」から多くの参照をさせていただいた。

その後のグループディスカッションを中心とする机上演習については、日本災害医学会ならびに日本環境感染学会の講師各位に実習実施の多大なるご支援をいただいた。また厚生労働省からオブザーバー参加を頂いた。当日のプログラム及び、開催概要は次の通りである。

JMAT 研修 オプション研修 (COVID-19 編) プログラム

令和5年7月30日(日)

◆学習目標

- 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、新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) をはじめとする自チームの感染予防策を講じることができ、かつ派遣先において適切な感染対策 (治療は除く) ができるよう、必要な知識・知見・技術を身につける。
- 特に全国的な感染拡大時には、被災地外からの支援を受けることが難しいことを鑑み、各地域の被災地 JMAT として活動するために身につけておく知識・知見・技術として実施されることが望ましい。

◆会場：日本医師会館

- 1階 ロビー・喫茶室・トイレ (実技演習)
- 3階 小講堂 (グループディスカッションによる机上演習)

◆日程：令和5年7月30日(日)

- 2グループに分け、開始時間帯をずらしながら、一部同時に開催する。
 - ① 9:00~9:10 (開会挨拶)
9:10~10:10 (1Fにて実技実習 3ブース×各20分)
10:10~10:20 (3Fへ移動・休憩)
10:20~11:20 (ゾーニング)
11:20~11:30 (休憩)
11:30~13:00 (クラスター対策)
13:00~13:05 (閉会挨拶、お弁当お渡しの上解散、5F開放)
 - ② 11:00~11:10 (開会挨拶)
11:10~12:10 (1Fにて実技実習 3ブース×各20分)
12:10~13:15 (5Fにてお昼休憩、3Fへ移動)
13:15~14:15 (ゾーニング)
14:15~14:25 (休憩)
14:25~15:55 (クラスター対策)
15:55~16:00 (閉会挨拶、解散)

【対象都道府県】

- ① 北海道、岩手県、宮城県、山形県、福島県、鳥取県、島根県、岡山県、広島県、山口県、徳島県、香川県、高知県、福岡県、佐賀県、長崎県、熊本県、大分県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県 (21 道県)
- ② 青森県、茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、富山県、石川県、福井県、山梨県、長野県、静岡県、愛知県、京都府、大阪府、兵庫県、奈良県、和歌山県 (20 都府県)

◆事前学習（JMAT-e・小テストあり）

| | 科目 | 概要 | 講師 | 時間 |
|----|---------------|--|----------------------|-----|
| 講義 | COVID-19 について | ・「新型コロナウイルス感染症時代の避難所マニュアル」について | 山口先生 | 30分 |
| 講義 | COVID-19 について | ・医師会、JMAT に求められること | 猪口先生 | 30分 |
| 講義 | 検体の採取 | ・厚生労働省掲載動画「新型コロナウイルス感染症に関するPCR検査のための鼻腔・咽頭拭い液の採取のための研修動画」（2020/05/20） | 鋤方先生 古宮先生 川村先生 | 30分 |
| 講義 | ゾーニング | ・DICT について | 泉川先生 | 10分 |

◆当日プログラム

| | 科目 | 概要 | 講師 | 時間 |
|----|--------------------|---|----------------------|-----|
| 実習 | 標準予防策 （講義＋実技） | ・避難所における感染対策（マニュアル p17-p27） ・アルコール等による手指消毒、環境の衛生管理 | 千酌先生 櫻井先生 北村先生 | 20分 |
| | PPE の着脱 （講義＋実技） | ・个人防护具の着脱手順、N95 マスクの着脱手順 （マニュアル p54-p60） | 菅原先生 寺坂先生 登米先生 | 20分 |
| | 検体の採取 （講義＋実技） | ・検体採取実習（鼻咽頭ぬぐい液、唾液） | 鋤方先生 古宮先生 川村先生 | 20分 |
| 実習 | ゾーニング （机上演習） | ・避難所のゾーニング指導（マニュアル p28-p48） ・保健所や専門家チームとの役割分担・連携体制 | 平林先生 泉川先生 馬場先生 | 60分 |
| 実習 | クラスター対策 （机上演習） | ・避難所のクラスター対策 ・保健所や専門家チームとの役割分担・連携体制 | 近藤先生 三村先生 | 90分 |

◆事後学習

| | 科目 | 概要 | 講師 | 時間 |
|----|-------|------------------------|----------------------|----|
| 実習 | 標準予防策 | ・手指衛生動画（流水手洗い・アルコール消毒） | 千酌先生 櫻井先生 北村先生 | 5分 |

研修会当日は 109 名の受講者があった。本研修は伝達講習として、都道府県医師会等で実施することとし、その際には日本医師会で所有する資器材の貸し出しも行っている。また日本医師会で別途立ち上げられた「診療所における新興感染症対策研修」における研修のプログラムとして、その一部が採用されて広がりを見せている。

当日の研修の様子については、下記の URL に動画を掲載している。

【日本医師会 関東大震災 100 年特設サイト ～関東大震災発災から 100 年 未来に生かされるべき教訓～】 「日本医師会が果たす役割」動画

<https://www.med.or.jp/people/kantou100/>

②JMAT 携行医薬品・携行資器材リストの改訂作業

日本医師会では、平成 24 年・25 年度救急災害医療対策委員会の中で、東日本大震災において薬剤供給がストップした経験などを踏まえて、日本医師会災害医療チーム（JMAT）として医薬品を携行することの必要性が課題となったことから、当時の各学会等のガイドラインを参照しながら「JMAT 携行医薬品リスト Ver1.0」を作成した。

同リストでは「大多数の医療従事者が知っていて扱いやすいこと」、「値段が安価であること」、「流通上のフローとストックで確保しやすいこと」等をコンセプトとして医薬品の選定がされ、平成 25 年 7 月 11 日の公開の後、熊本地震等の JMAT 活動で活用がなされた。

本リストは作成された後、「汎用される医薬品の変化を踏まえ、全国の医師会員、JMAT 関係者、関係学会・団体、災害医療行政当局等から広くご意見を頂きながら随時更新を行うこと」としており、平成 30・令和元年度救急災害医療対策委員会にて検討がなされ、「JMAT 携行医薬品リスト Ver2.0」に改訂されるとともに、「JMAT 携行資器材リスト Ver1.0」が新たに作成された。

今般、最後の改訂から 4 年が経過することから、前述の日本医師会長の諮問の基づき各リストについて改訂を行うこととした。見直しの検討を行うにあたっては、旧版

の「JMAT 携行医薬品リスト Ver2.0」および「JMAT 携行資器材リスト Ver1.0」について、作成時のコンセプトを踏まえて、委員会委員、都道府県医師会、日本臨床分科医会代表者会議、アドバイザーに意見を伺った。

頂いたご意見については「発災後初期段階での JMAT が所持する大まかな指針である」、「全てを携行するよう求めているものではなく、携行する薬剤選定の際に考慮するものである」という従来からの留意事項に従い、原則反映した。他の災害医療チームの作成しているリストと比較して掲載品目数が多くなっているが、適宜、取捨選択をしていただくことを想定している。

また、今回の改訂にあたり、「JMAT 要綱」の中の「2. 活動内容」に「(5) 被災地での検視・検案支援（可能な場合のみ）」があり、検視・検案についても携行資器材についてリストを整備すべきとの考えのもと、アドバイザーのご意見を頂きながら当該部分の作成を行っていただいた。

【改訂後のリスト】（令和6年6月現在）

- ・ JMAT 携行医薬品リスト Ver.3.0（令和6年5月1日）

<https://www.med.or.jp/doctor/eq201103/carry/001630.html>

- ・ JMAT 携行資器材リスト Ver.2.0（令和6年5月1日）

<https://www.med.or.jp/doctor/eq201103/carry/001631.html>

また今回の改訂の議論の中で、リストの運用方法を検討する必要があるというご意見を頂いた。具体的には◆モバイルファーマシーの普及によるリストの位置づけの検討、◆日本薬剤師会や都道府県薬剤師会との連携の必要性、◆災害のフェーズによって必要な医薬品・資器材が変わることを踏まえたリストの整備、◆平時の備蓄の方法（行政や医薬品卸業者との提携、道の駅などの利用）などについて意見が出された。これらの論点については、今回の令和6年能登半島地震なども踏まえて、今後の課題として行きたい。

◆JMAT 携行医薬品・携行資器材リストの改訂作業 アドバイザー

| | |
|---|-------|
| 公益社団法人東京都医師会 救急委員会委員長 | 大桃 丈知 |
| 独立行政法人国立病院機構本部 DMAT 事務局 次長 | 三村 誠二 |
| 日本赤十字医療センター 救命救急センター長・救急科部長 | 林 宗博 |
| 東京大学大学院医学系研究科法医学教室 教授 | 槇野 陽介 |
| ピースウィンズジャパン | 稲葉 基高 |
| 東京医科歯科大学 法歯学分野 准教授 | 斉藤 久子 |
| 日本歯科医師会 | 中久木康一 |
| 東北大学 大学院 歯学研究科 国際連携推進部門 世界展開力強化事業推進室 特任講師 | |
| 東京医科歯科大学 大学院 医歯学総合研究科 救急災害医学分野 非常勤講師 | |
| 日本薬剤師会 常務理事 | 山田 卓郎 |
| 国境なき医師団日本 ロジスティシャン | 松本 卓朗 |

③令和6年能登半島地震のJMAT派遣について

令和6年1月1日に石川県を中心として発生した令和6年能登半島地震においては、1月3日から石川県医師会による「被災地JMAT」が、また1月5日から全国の都道府県医師会からの「支援JMAT」が活動を行った。

2月29日に開催された第6回親委員会に向け、その時点におけるJMAT活動での課題等を整理することを目的として、2月14日に①②のグループの合同WGを臨時開催した。

当日は「今後のJMAT体制における課題の論点整理」をテーマに、委員からお一人5分ずつご意見を頂き、議事要旨を取りまとめた上で第6回親委員会に報告を行った。

議論にあたっては、引き続きJMATが活動中であることや、活動終了後の総括を見据えて、今回結論を得るものではなく、今後の議論の論点の頭出しという趣旨で行った。

論点として委員からは、◆本部機能を支えるロジチームの強化、◆本部と支部の連携強化、◆発災当初のプッシュ型支援の在り方、◆プル型への転換のタイミング、◆必要なチーム数の細やかな情報発信、◆日医が本部機能や統括、◆手持ちのラインを

保持すること（シフト制で各都道府県医師会のラインを決めておく）、◆地域のコーディネーター機能の重要性とその育成等の意見が挙げられた。

議論は第6回親委員会に報告がなされ、今後のJMATの運用やJMAT研修のカリキュラム等の検討の際に参考にすることとされた。

終わりに

今期は前述の通り、2つのミッションを受けてワーキンググループを開始した。1つは前期にプログラムを作成したJMAT研修オプション研修（COVID-19編）を実施に移した。実施にあたっては、平成30年度に災害時の協定を締結し、従来JMAT研修に多大なご協力を頂いている日本災害医学会の先生方、ならびに令和4年度に同じく協定を締結した日本環境感染学会の先生方に多大なるご協力を賜ったことから、この場を借りて改めて御礼を申し上げたい。

また親委員会の山口芳裕委員長、東京都医師会顧問の猪口正孝前座長をはじめとして、ワーキンググループの委員全員でインストラクターを分担して研修会を実施した。これには日頃からの各委員の各地域でのご努力と、それを支える医師会やご所属先の施設、更にはブロック医師会など日頃の研修活動等の取組みに下支えされたものである。是非、引き続きご助力を賜りたい。

また、2つ目のJMAT携行医薬品・携行資器材リストの改訂作業については、岡山県医師会松山正春座長、改訂作業の実務を担当された秋富慎司委員を中心に、各方面に幅広いご意見をお伺いすることができた。

改訂作業を通じて、同リストが非常に完成度の高いものである一方、医薬品・資器材の変遷に伴い、定期的な見直しがどうしても必要となることや、同リストの運用面についても継続して検討をする必要があることが分かった。

最後に、令和6年能登半島地震が発生し、各都道府県医師会から多くのJMATが派遣された。ワーキンググループを開催した際にも色々と論点が挙げられたが、次の災害対応に繋げていけるよう、引き続き日本医師会として検証を進めていただきたい。

IV. 救急災害医療対策委員会

「マスギャザリング災害に備えた医療体制」ワーキンググループ 報告書

令和6年6月

はじめに

我が国は、先般開催されたラグビーワールドカップ 2019 日本大会（以下、ラグビー W 杯 2019）、東京オリンピック・パラリンピック競技大会（以下、東京 2020 大会）を通じて、マスギャザリング災害に備えた医療体制に関する多くの知見と経験を得た。これらの大規模な国際イベントの開催を経験したなかで得られたものは“レガシー”として 2025 年に開催される日本国際博覧会（以下、大阪・関西万博 2025）やさらにその先の次世代へと、その襍が受け継がれていかなければならない。過去 2 期の救急災害医療対策委員会（以下、親委員会）及びマスギャザリング災害に備えた医療体制ワーキンググループ（以下、WG）では、ラグビー W 杯 2019 や東京 2020 大会を見据えてマスギャザリング対応能力の向上を目指す日本医師会の取り組みを支えてきた。そのなかで、CBRNE テロ対応を見据えたワンストップ窓口事業の検討と調整、都道府県医師会救急災害医療担当理事連絡協議会を通じた情報共有手段の構築推進、大規模イベント医療・救護ガイドブック（以下、ガイドブック）の監修・編集等を実施してきた。今期は、ガイドブックの改訂作業を通じてマスギャザリング災害に対応する医療の基本骨格を整理し、これまでの検討の成果と実際のイベント開催で得た救急災害医療の経験を次世代に繋ぐことを志向した。

ワーキンググループ委員

座長 山口 芳裕（杏林大学医学部主任教授・高度救命救急センター長）

委員 新井 悟（東京都医師会理事）

鋤方 安行（大阪府医師会理事）

坂本 哲也（公立昭和病院院長）

田邊 晴山（救急振興財団救急救命東京研修所教授）

横田 裕行（日本体育大学大学院保健医療学研究科長・教授）

1. ガイドブック改訂の基本方針

初版の制作後に得られた新たな知見や経験を反映するとともに、以下の基本方針をもって改訂作業を行った。

① 医師会会員とその所属医療機関で幅広く活用されるための内容の更新

大規模イベントの開催にあたっては、開催地域のすべての医療機関・医療従事者がイベントの医療・救護体制を担わざるを得ない。いかなるイベントも地域医療と無関係に開催することはできず、まずは地域医療全体で日常医療を堅持しながらイベントの開催が可能か否かを判断することが開催の前提となる。こうした観点から、今回の改訂にあたっては、初版の主な対象者であった本部機能を担う人、競技場内やラストマイル救護所医療を担う人、のいずれでもない、イベント医療には直接携わらない開催地域の医療を担う一般医家に向けた記載を補充させた。

② 医師会会員以外にも幅広く活用されるための内容の更新

本ガイドブックは本邦において類似する書籍のない貴重な参考図書である。大規模イベントの現場で利活用されることを想定して、物理的な面と内容的な面の双方での「手に取りやすさ」を重視してきた。物理的には、ハンディサイズで持ち運びやすくどこでも開きやすいこと、読みやすいボリュームや構成であること、安価であることなどを意識して制作しており、改訂においてもこれを踏襲した。また、意思決定レベルから目の前の患者対応まで幅広い内容を盛り込み、医師会会員以外の読者にも参考となることをめざした。

③ 関連データの更新

大規模イベントの医療救護に経験がない医療従事者が各事象とその対応についての実感をもちやすくするためには、過去のデータの提示が重要になる。初版ガイドブックの制作から5年が経過し、その間に新型コロナウイルス感染症の世界的流行も経験

して医療の現場には大きな変化が生じていることから、可能な限り最新のデータに基づく情報の更新を行った。

④ ラグビーW杯2019や東京2020大会で得られた経験の反映

ラグビーW杯2019や、コロナ禍による1年の延期を経て緊急事態宣言下での開催となった東京2020大会の経験は世界的に見ても貴重なものである。大阪・関西万博2025の開催準備においても十分に実践活用されるよう、これらの大規模イベント開催で得られた知見・経験をできるだけ反映させるように努めた。

⑤ 参考資料等へのアクセスの向上

本ガイドブックでは、解説を可能な限りシンプルな表現とし、図表も多く取り入れて重要な点をわかりやすく解説することに努めてきた。そのため、より詳しい情報、より詳細な知見を求める読者に対してこれを補完する参考資料を充実させた。

2. ガイドブック改訂の概要

上記1.の方針に基づいて下記の通り改訂を行った。

①医師会会員とその所属医療機関で幅広く活用されるための内容の更新

大規模イベント開催時の医療・救護は、地域全体の救急災害医療体制を維持・強化することが欠かせない。会場および救護所等における活動に参加しない医療従事者も、地域全体の医療体制のなかで診療所や病院の日常診療の維持、外国人対応、緊急事態における初動対応などそれぞれの役割を担っていることを明記した。

HQ Chapter 6「病院セキュリティー」のチャプターでは、横田委員が取りまとめた厚生労働行政推進調査事業費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）分担研究「BCPの視点からみた医療機関におけるテロ攻撃対策に関する研究」の成果物である「院内テロ対応マニュアル Ver. 1」をもとに、診療所や医療機関でも参考となり実践しやすい

内容を中心に整理し直した。

また、近年の訪日外国人旅行者増加に伴って外国人対応は大きな課題となっているが、イベント開催期間中は特に開催地への外国人の訪問が急増する。そのため、日常的に外国人の診療に関わっていない診療所等もその対応に迫られることが予想される。現在、厚生労働省や日本医師会を中心に外国人診療や多言語対応のガイドラインと様々なツールが提供されており、それらの活用方法を含めた解説を強化した。

③ 医師会会員以外にも幅広く活用されるための内容の更新

多くの医療従事者において関心の大きい感染症対応については、チャプターを統廃合するとともに、国内外の最新の感染症動向を反映した内容へと更新した。大阪・関西万博 2025 の開催地医師会としての鉤方委員の情報提供も踏まえて、熱中症のチャプターの熱中症・低体温症への拡充、感染症や嘔吐・下痢のチャプターの国内外における感染症の発生動向や初期診療に関する記載の充実など長期開催型のイベントでも参考となる内容に更新した。

また、チャプターの統廃合、構成の統一、図表や文章の再校正を行うことで、内容は拡充しつつページ数は初版と同程度に抑えた。こうした努力の結果、物価高騰に伴う原価上昇が避けられない状況下にあって初版とかわらない価格での提供を実現した。

③ 関連データの更新

イベントの医療救護計画の立案に欠かせない過去の事例や基礎知識に関するデータについて、入手可能な最新のデータに置き換えた。特に、想定される事態や感染症動向については執筆時点で最新のデータに更新するとともに、参考資料として、最新情報が入手できるサイトを Appendix の章に整理した。初版において田邊委員が担当した CBRNE のチャプターでは、世界標準とされている The Primary Response Incident Scene Management (PRISM) のガイダンスが第 2 版に更新されたことを反映して、基本的な防護や除染手順、除染手段について、専門家ではない一般医家の初期対応を想定した最

新の内容へと改変した。

④ラグビーW杯 2019 や東京 2020 大会で得られた経験の反映

平成 30・令和元年度の親委員会報告書で本 WG が報告した通り、ラグビーW杯 2019 では山口座長、坂本委員、横田委員が中心となって日本医師会ワンストップ窓口事業の実施に向けた準備・調整が行われ、開催期間中に二次専門機関との連携を含む窓口業務が実現した。この試みは今後のイベント医療・救護体制を計画・運用する上において大いに参考となると考え、その詳細を改訂に盛り込んだ。ほかにも、東京 2020 大会でとられた医療体制の実際や新たな取り組みについて、それぞれ関係性が強いチャプターに追記した。新型コロナウイルス感染症を経てオンライン研修会が急速に拡大したことから、Course Curriculum のチャプターを再編しオンライン研修のメリットやデメリット、実際の工夫などについて整理した。さらに新井委員が中心となって東京 2020 大会前に開催した東京都のマスギャザリング研修会など多くの研修事例を示すことで、今後のイベント研修の参考とした。

⑤参考資料等へのアクセスの向上

Appendix において、関係機関の連絡先一覧に加えて、参考資料情報（作成者、表題、アクセス URL）の拡充を図った。これらの資料も、現場での利便性を考慮してすべてに QR コードを付与し、スマートフォンなどで容易にアクセスできる仕様とした。

3. ガイドブックの活用について

本ガイドブックの改訂第二版は令和 6 年 6 月 10 日に発刊された。今後、都道府県医師会と連携してイベント開催に向けた研修会等で広く活用されることを期待する。また、「次世代の災害医療」をテーマとして令和 6 年 6 月 9 日に開催された日本医師会シンポジウム「次世代の災害医療」において、本ガイドブックが配布・紹介された。

V. 救急災害医療対策委員会

「地域包括ケアシステムにおける救急医療について」ワーキンググループ 報告書

令和6年6月

ワーキンググループ委員

座長 目黒 順一（北海道医師会常任理事）
久保田 毅（神奈川県医師会理事）
田名 毅（沖縄県医師会副会長）
高倉 英博（静岡県医師会理事）
村上美也子（富山県医師会会長）
横田 裕行（日本体育大学大学院保健医療学研究科長・教授）
郡山 一明（北九州総合病院救急科部長）

はじめに

本ワーキンググループ（以下、WG）は、前期の救急災害医療対策委員会（以下、親委員会）の同WGにおいて「親委員会の諮問に対して検討すべき課題を洗い出し、次期委員会で、速やかに詳細な議論をスタートできるように課題を整理する」というミッションのもと整理された論点を引き継ぎ、今期の検討を開始した。

今期第1回のWGでは、議論の進め方を検討し、前期に整理された論点を、更にいくつか絞り込んだ上で議論を行うこと、また絞り込んだ論点について、大きく以下の二つの観点から分類することとした。

一つは、「日本医師会への提言」として、切り口の大きなテーマについて医師会の観点から課題や影響を整理し、日本医師会として主張、推進すべきことを検討することである。こちらについては「救急医療基本法について」、「救急救命士の活用について」の2つの論点を検討することとした。

もう一つは、「都道府県医師会、郡市区医師会への具体的・実地的な提言」として、更に論点・課題をフォーカスし、現場の取組みを進めるために具体的・実地的なアドバイスとなる情報提供を検討することとした。この論点に関しては、「傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生について」を選択し、具体的な進め方としては、委員及び外部より講演者をお呼びし、プレゼンテーションを行っていただいた上で、委員による議論を行うこととした。

1. 日本医師会への提言について

本項では、①救急医療基本法について、②救急救命士の活用について報告を行う。

① 救急医療基本法について

本項では、本 WG の横田裕行委員から救急医療基本法の必要性やその社会的背景、また日本救急医学会や一般社団法人救急医療総合研究機構における過去の検討経緯や理念について解説を頂いた。

同じく郡山一明委員からは「地域包括ケアシステムにおける救急医療」にかかる現在の法的な課題と、それを踏まえた救急医療基本法の必要性について論じて頂いた。

「救急医療基本法」(横田 裕行 委員)

1. 救急医療基本法の必要性
2. 立法化にむけた活動について
 - 1) 一般社団法人日本救急医学会
 - 2) 一般社団法人救急医療総合研究機構の活動
 - ・発足の経緯と実際の活動
 - ・法律素案の概要
3. まとめ

「地域包括ケアシステムにおける救急医療」(郡山 一明 委員)

1. 医療について言及する法と医療法の関係について
2. 地域包括ケアシステムと医療の関係について
3. 救急医療基本法の必要性

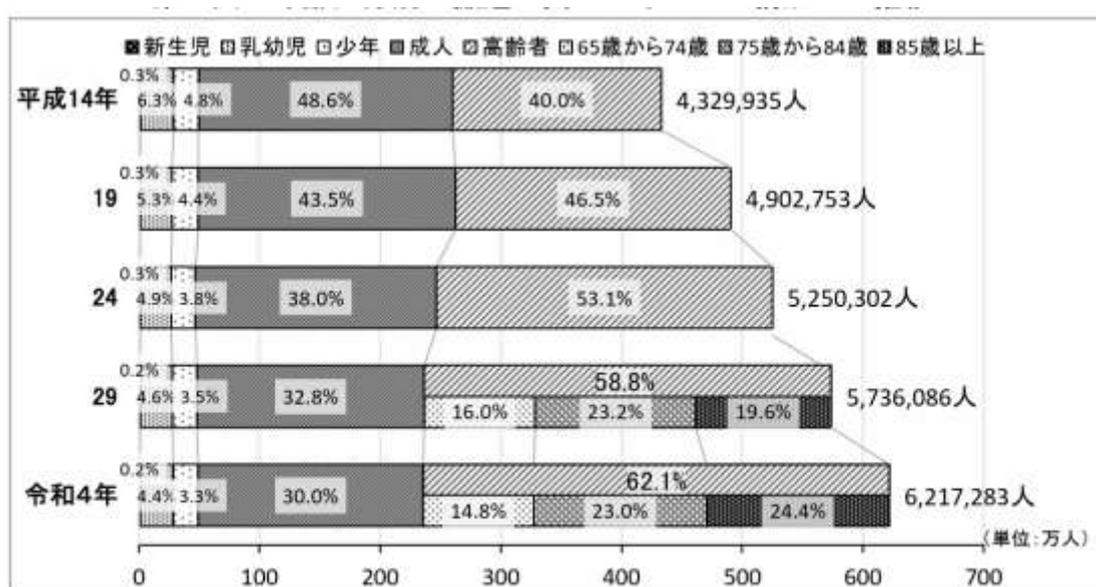
救急医療基本法についての結語(座長：目黒 順一 委員)

1. 基本的認識
2. 法的な位置付け
3. 地域包括ケアシステムとの関係
4. 救急医療と医学部教育
5. 日本医師会が救急医療基本法に向き合うスタンス

「救急医療基本法」(横田 裕行 委員)

1. 救急医療基本法の必要性

急速な少子高齢社会や核家族化、多様な社会様式などを背景に人口動態や疾病構造に変化がおり、救急医療に対する需要と関心が高まっている。ちなみに、令和5年版総務省消防庁「救急・救助の現況」によると、令和4年中の消防防災ヘリコプターを含む救急出動件数は7,232,118件で6,219,299人を搬送している¹⁾。新型コロナウイルス感染拡大の影響を受けた令和2年を除くと、救急車による搬送人数は増加傾向が続いており、年齢区分別の内訳の推移をみると、非高齢者の搬送人数やその割合は減少しているが、高齢者の占める割合は増加している。すなわち、救急搬送件数の増加は高齢者、特に85歳以上の高齢者の搬送増加が大きな要因となっている(図1)。



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。

図1：年齢区分別の搬送人員と5年ごとの構成比の推移

さらに大病院志向で地域の特定医療機関に患者が集中することや、患者側の不適切なまでの権利意識の高まり、それを後押しするような無責任なメディア報道や無秩序な診療時間外の受診行動、いわゆるコンビニ受診等々を背景として特に救急医療の需給バランスが不安定となり救急医療の危機が指摘され²⁾、その傾向は新型コロナウイルス感染拡大の中でさらに顕著になった³⁾。また、令和6年度から施行される医師の働き方改革により、診療時間外の医師の勤務が制限されることにより、救急医療の維持が今まで以上に困難になるという課題も指摘されている。

一方、この度の能登半島地震災害や近年多発する自然災害の経験から、災害後の医療支援の必要性や重要性が広く認識された。特に、災害医療支援においては迅速性と的確な緊急度・重症度の判断が要求されるので、救急医療に関する知識や技能と平時の救急医療体制を可能な限り有効に活用するシステムが必要となる。

このように救急医療は平時においても災害時においても、住民の健康を維持するために必要な社会資源である。平成9年12月厚生省健康政策局(当時)の救急医療基本

問題検討会報告書の冒頭には救急医療は“医”の原点であり、かつ全ての国民が生命保持の最終的な拠り所としている根源的な医療と位置付けられると述べられている4)。このような救急医療体制を維持、向上させていくためには医療機関の努力だけではなく、社会全体としての取り組みが必須となる。

社会的インフラとして位置付けられるべき救急医療を維持、向上して行くには社会を構成する各組織がそれぞれの役割を認識することが重要となる。すなわち、国、都道府県、および市町村、医療機関や地域住民が共同して救急医療を支えて行くことが求められる。そのために国が、救急医療に関する基本的理念を明示し、それに基づいて救急医療の制度設計、政策、対策に関する基本方針や原則を提示する必要がある。しかしながら、救急医療自体を規定した法律は存在していないのが現状であり、救急医療の危機が叫ばれる要因にもなっている7)。救急医療を社会のセーフティネットとして位置付けるために救急医療基本法の必要性が、特に救急医療を担う医療者間で共有されてきた。

2. 立法化にむけた活動について

1) 一般社団法人日本救急医学会

前述のような救急医療に係る危機的な状況は以前から指摘をされていたが、日本救急医学会は2008年12月10日に「救急医療を再構築するための提言」を公表した5)。また、同日に日本救急医学会長山本保博代表理事、日本臨床救急医学会有賀徹代表理事、日本救急医療財団島崎修次理事長は、舛添要一厚生労働大臣（いずれも当時）に救急医療の状況と救急医療基本法の必要性を訴えた6)。その内容を要約すると①救急医療への人材の確保、②救急医療に関連した地域ネットワークの再構築、③救急トリアージ、④後方連携、⑤国民の理解であった。

①に関しては医師だけではなく、救急医療に関わる医療スタッフがお互いに業務を分担し、医師の負担軽減に資するような法整備の必要性を強調している。②では救急患者を受け入れる地域のネットワークを急性期医療機関間だけでなく、その後の回復期や維持期を担当する医療機関、消防機関も参加した地域の状況を面として把握できるシステム構築の必要性が述べられている。そして、それらの施設や組織の連携を円滑に仲介するコーディネーターの役割が記載されている。③では救急患者の診療のために緊急度や重症度を評価した効率的な診療を前提とした取り組みである。④は②に関連して、地域の医療機関が急性期医療機関同士、急性期から回復期、維持期の医療機関、介護施設での垂直水平連携の必要性である。そして⑤として社会的インフラである救急医療を維持、向上させるために国民の理解を求めている。

これらの提言の中には例えば東京ルールにおけるコーディネーターやトリアージナース、救急救命士が重症傷病者に対して医療機関に入院するまで救急救命処置が可能となったことなど既に実現し機能しているものもあり、地域における救急医療ネットワークやマイナンバーカードを利用した救急患者情報の取得など整備されつつある項目もある。

そして本提言は、舛添要一厚生労働大臣（当時）に組織的かつ体系的に国民の生命

を守ることを目的とした救急医療の法的整備を強く要望している 5)。

日本救急医学会の救急医療基本法立法化にむけた活動は後述の一般社団法人日本救急医療総合研究機構と協同して行われたが、政権の交代や様々な事情で実質的に中断した。しかしながら、2023年2月に大友康裕代表理事が就任すると、救急医療基本法特別委員会が組織され、再び立法化に向けた活動が再開されている。

2) 一般社団法人救急医療総合研究機構の活動

・発足の経緯と実際の活動

一般社団法人日本救急医学会と一般社団法人日本臨床救急医学会における当時の主要メンバー計11名で2009年7月に救急医療基本法の立法化を目的とした一般社団法人救急医療総合研究機構（救急総研と略する）を設立し、代表は島崎修次先生が就任した。

救急総研の目的は上記のように救急医療基本法の立法化に向けての活動であり、ロビー活動として、国会議員や地方議員にも積極的な働きかけや説明を行った。このように救急医療を社会的なインフラ、社会的な資源、セーフティネットであるという認識を確立する活動をしたが、救急医療の重要性に関する社会啓発活動を行う組織として、未曾有の災害であった東日本大震災においても人的、物的医療支援活動も行った（図2）。



図2：東日本大震災への支援を呼びかける一般社団法人 救急医療総合研究機構のホームページ（当時）

・法律素案の概要

救急総研の活動中には前述のよう東日本大震災があり、救急医療だけでなく災害医療も含めた立法化の必要性が議論され、法律の素案も作成された。法律の素案には、

前述のような法律の目的と理念、そして国、地方公共団体、医療機関、医師や国民の果たす責務が記載されていた、すなわち、国は質の高い救急医療、災害医療体制を提供するために総合的かつ計画的な推進を図り、その推進に関する基本的な計画を策定しなければならないこと、地方公共団体は救急患者や災害時の医療状況等を踏まえ、当該都道府県における救急医療、及び災害医療対策の推進に関する計画を策定しなければならないことが記載されていた。また、それらを国民の理解を促す様々な情報提供と啓発活動の必要性が書き込まれていた。

救急医療基本法が制定されると、救急医療が社会的インフラだという考え方が一般市民に広くに共有される。そのために行政が必要な施策を行い、その結果として救急医療を支える人的資源も確保される。法律に基づいた医師の働き方改革が本年4月から開始されるが、労働環境も整備されることになる。また、様々な取り組みに対しても目標設定ができるため、救急医療のさらなる資質向上に大きく貢献する。

残念ながら救急総研の活動は様々な事情で中断したが、大友康裕日本救急医学会代表理事のもとに、新たに救急医療基本法特別委員会が組織され、立法化に向けて同学会が積極的に活動をして行くことが期待されている。救急医療基本法立法化に向けた活動を日本医師会も日本救急医学会と協同して展開して行くことが必要である。

3. まとめ

超高齢社会、社会構造や疾病構造の変化に、多発する自然災害等への緊急医療支援等々で救急医療の重要性が注目され、その需要も増加している。しかしながら救急医療に関わる人材確保等々の諸問題から、社会的インフラである救急医療の維持や向上が困難な状況になりつつある。そのような課題を解決するためにも国、都道府県、医療機関、地域住民におけるそれぞれの役割を明確化し、救急医療の発展向上に向けた立法化が必要である。

1. 令和5年版 救急救助の現況、総務省消防庁
2. 救急医療体制の現状と課題について [000328610.pdf \(mhlw.go.jp\)](#) (2024.2.20 閲覧)
3. 救急医療体制基本問題検討会報告書 [97/12/11 救急医療体制基本問題検討会報告書 \(mhlw.go.jp\)](#) (2024.2.20 閲覧)
4. 新型コロナウイルス感染症による救急医療の危機 [20210112.pdf \(med.or.jp\)](#) (2024.2.20 閲覧)
5. [「救急医療を再構築するための提言」の理解のために \(jaam.jp\)](#)
6. [「救急医療を再構築するための提言」について \(jaam.jp\)](#)
7. 島崎修次：救急医学教育を俯瞰する 救急医療と救急医学、救急医学 2011：第35巻12号、1623-1627

「地域包括ケアシステムにおける救急医療」（郡山 一明 委員）

1. 医療について言及する法と医療法の関係について

医療は身体・生命に関する社会保障制度の根底をなすものである。これを下支えしているのが医療法である。医療法は、医療における国と地方公共団体、並びに開設者の責務を定めたものである。これに基づき、国と自治体は1948年の制定以来、国民が適切な医療を受けられるよう、地域における社会状況をふまえながら、1. 医療の量の充足と安全維持、2. 量偏在解消、3. 機能偏在解消と連携、と医療提供体制整備を段階的に進めてきた。

同法が医療提供体制において果たしてきた役割が極めて大きい理由は、医療の場となる医療機関の稼働は医療法に基づく地域医療計画という平面の上で具体化するからである。

一方で、同法以外にも、多くの法が医療について言及している。たとえば、災害医療は、防災行政の整備及び推進を図ることを目的に1961年に定められた災害対策基本法において、応急対応の極一部に「救急医療」として言及されていたが、1995年の阪神・淡路大震災を受けて改定した際に、新たに創設された「地域防災計画」に組み込んだことで、2007年の医療法改正で4疾患5事業のひとつに位置づけられ、自治体が体制整備に着手しはじめた。

これからも分かるとおり、医療について言及する法と医療法との具体的な関係性を築くことは、地域の医療機関が医療計画という平面の上で稼働するゆえに、医療法を構築していくのと同じレベルで重要なはずである。

2. 地域包括ケアシステムと医療の関係について

地域包括ケアシステムとは、平成元年（1989年）に制定された「地域における医療及び介護の総合的な確保を促進に関する法律」で定義された用語であり、高齢者をはじめとする国民の健康の保持及び福祉の増進を図るものである。また、介護保険法の平成23年（2011年）改正時には、高齢者が地域で自立した生活を営めるように、医療、介護、介護予防、住まい、生活支援サービスを切れ目なく提供される包括的支援体制と解説されており1)、同法117条において、これを実施するために市町村は介護保険事業計画を策定することが定められている。これらの流れを受けてなのか、2014年の医療法改正では「在宅医療」が地域医療計画の項目として頭出しされている。

地域包括ケアシステムは、高齢者の生活を日常と非日常に分けた場合、日常を守るためのシステムである。この概念で医療は非日常に位置づけられ2)、厚生労働省が発表している図でも、救急医療は地域包括ケアシステムを囲む円周外に位置づけられている。

しかしながら、現実問題として、救急搬送の数的主体は高齢者であり、高齢化問題は救急医療にとって避けることができない喫緊の課題である。上記の円周外から見た場合でも、介護が必要になった主な原因は、脳血管疾患が16.1%、心疾患が4.5%、骨折・転倒が12.5%、関節疾患が10.8%であり（令和元年：国民生活基礎調査）、これらの疾患はいずれも救急医療機関に搬送され、手術を含む急性期治療がなされるも

のである。そして重要なのは、高齢者が生活している二次医療圏外の救急医療機関に搬送された場合、その4割が元の地域に戻れないことである3)。これは地域包括ケアシステムの理念と相反する。

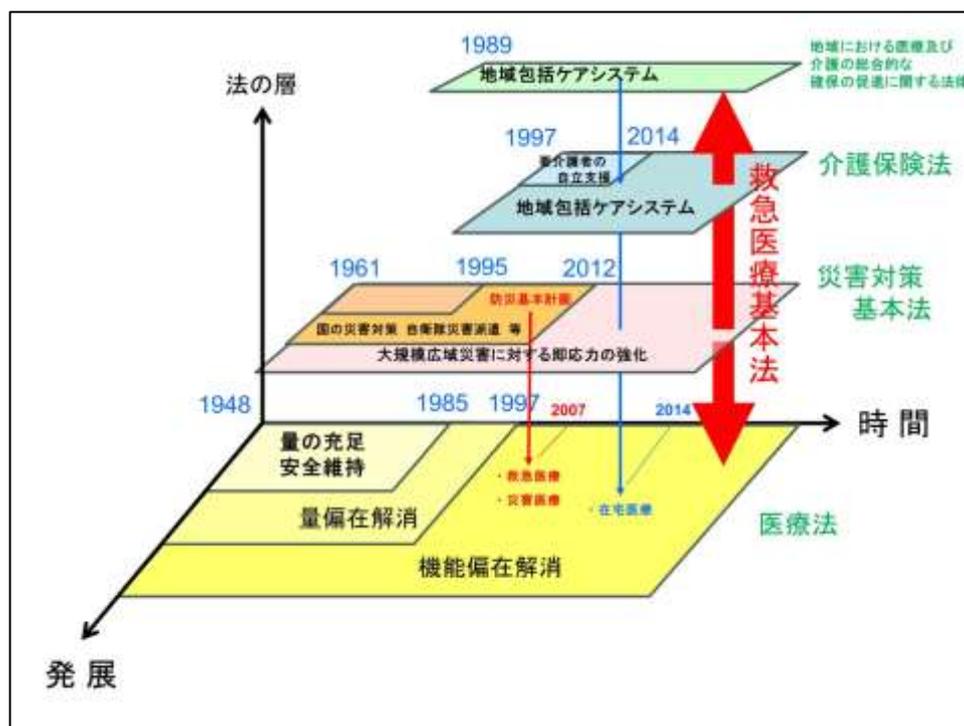
すなわち、地域包括ケアシステムの理念を具体化するためには、医療を非日常として地域包括ケアシステムの外側に置くのではなく、内包するものとして考えるべきである。そして、高齢者が非日常として救急搬送された救急医療機関を起点として、回復期医療及び在宅へのネットワークを如何に構築していくかを検討することが必要であろう。

実際、総務省消防庁の救急搬送を担うメディカルコントロール（以下、MCと略す）体制の検討会資料では、現状のMC体制整備の先には、「地域包括ケアにおける医療・介護の連携において、消防救急・救急医療で協働する体制」を検討する可能性が触れられている。しかしながら、現行法ではMC協議会そのものが法的な根拠を持たず、医療法に投影することはもちろん、他の法に一定の影響を与える構造にはなっていないのである。

3. 救急医療基本法の必要性

今後、医療は災害の大型化や高齢化が進む社会において、社会保障制度の根幹として、様々な法との関連が今以上に必要になっていくことは間違いない。

災害医療を例示したとおり、よりよい地域体制を構築するためには、それぞれの平面上で整備・拡張されていく法を、縦に貫き医療法ならびに各法に反映させる性質をもった法が必要と考える（図）。そのような法として、救急医の基本法ではなく、すべての診療科が関わる「救急医療基本法」を構築することが有効であると考えられる。



1) 介護保険制度の概要：

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/gaiyo/index.html

2) 地域包括ケア：三菱 UFG リサーチ&コンサルティング：<https://www.murc.jp/houkatsu/>

3) 東京都医師会調査：「東京都医師会救急委員会 答申」平成 27 年 6 月

救急医療基本法についての結語（座長：目黒 順一 委員）

1. 基本的認識

これまでの議論の基本的認識をまとめてみると、基本法の制定が必要とされる現状分析として主に6つの問題点が挙げられた。列挙すると、

- 高齢者を中心に救急搬送人員の増加傾向が著しいこと。
- 大病院志向による地域の特定の医療機関への患者の集中。
- コンビニ受診と過剰なまでの患者側の権利意識の高まり。
- これらによる救急医療の需給バランスの不安定化。
- 新型コロナウイルス感染症拡大により不安定化が加速と、後方支援体制の破綻による急性期病床の逼迫。
- 医師の働き方改革の施行に伴う救急医療現場の従事者の不足。

これらの問題点を踏まえた問題解決方策の一つとして救急医療基本法の制定を提言する。

救急医療は“医”の原点でありかつ全ての国民が生命保持の最終的な拠り所としていられる根源的な医療と位置付けられる。こうした観点から、社会的インフラでありライフラインである救急医療を維持・向上させるためには、社会を構成する各組織がそれぞれの役割を認識することが重要である。すなわち、国、都道府県、市町村、医療機関さらには地域住民が共同してこれを支えていくことが求められる。これを実現するために、国が救急医療に関する基本的概念を明示し、それに基づいて救急医療の制度設計、政策、対策に関する基本方針や原則を提示する必要がある。しかし現状ではそういった規定をした法律は存在しておらず、救急医療の危機が叫ばれる要因にもなっている。

2. 法的な位置付け

一方、法的な位置付けから考察すると、医療の基礎的な裏付けとして医療法が制定されており、量的・機能的な観点から何度か改正が行われてきた。郡山委員の論文にあるように国民保護法や災害対策基本法の書き換えに合わせて、救急医療の位置付けがより明確になり、2007年の医療法改正で4疾病5事業の一つに位置付けられ、体制整備が開始されたことがよく理解できる。

3. 地域包括ケアシステムとの関係

地域包括ケアシステムからこの基本法を俯瞰してみると、高齢者の増加による救急搬送数の大幅な増加に対応した仕組みが求められる。これまでも介護保険法や災害対策基本法などが定められてきたが、この地域包括ケアシステムを実現する基盤となる仕組みとしてのメディカルコントロール協議会の法的な裏付けは極めて脆弱と言える。この協議会に法的根拠を付与するためにも救急医療基本法の立法が求められる。

繰り返しになるが、法の対象として各種の階層が挙げられたように、この法が救急医のためだけではなく、社会のインフラであり、ライフラインであるとの認識が重要である。学会というアカデミアと、我が国の医療体制について大きな役割を持つ日本

医師会が連携して基本法の制定を提言することは極めて重要な意味を持つ。

4. 救急医療と医学部教育

医学部教育の中で、救急医療災害医療の位置付けについて、もっと社会共通のインフラであるということを認識させる教育を十分に行う必要がある。例えば、癌には多くのナショナルセンターがあり、外科系で言えばこれを集学的に行うことが自分のキャリア形成につながるというのは若手世代では普通に言われている。一方、災害医療にはナショナルセンターと言えるものは極めて少ない。これを救急医療災害医療の世界でも同様の展望があることを医学生らに示すのも、我々世代の仕事であろう。

5. 日本医師会が救急医療基本法に向き合うスタンス

基本法立法化の経緯や活動は、横田委員の論文に詳述されているが、今まで日本医師会がこの課題に関わったことはなかった。しかし、最近になり、親委員会のメンバーでもある大阪府医師会理事で関西医科大学救急医学講座教授、日本救急医学会の理事でもある鉦方安行委員を中心に、日本救急医学会で救急医療対策基本法の立法を目指す活動が再開されたことから、親委員会の場で鉦方委員から折角なので日本医師会と連携して進めようと発議された。即ち、アカデミアとしての学会活動と、日本の医療政策に大きな影響力を持つ日本医師会とが協働・連携して立法化を推進していくべきである。特にこのコロナ禍で救急医療が逼迫した経験を活かして、繰り返しになるが、この立法が救急医のためだけでなく社会のインフラでありセーフティネットであることを日本医師会の一般会員にもアピールしていくべきである。

② 救急救命士の活用について

本項では、本WGの横田裕行委員に、我が国の救急救命士制度の設立からの経緯を振り返りつつ、令和3年に改正された救急救命士法について説明を頂いた。法改正により、救急救命士の活動する場所がいわゆる救急外来にも拡大されたことから、医療機関に所属する救急救命士と医療機関に求められるものについても述べていただいた。

また、救急救命士がどのような形で活躍していくことができるか、厚生労働省科学研究のデータより、また神奈川県医師会の久保田毅委員、沖縄県医師会田名毅委員からは、各地域における実例も踏まえた提言や事例紹介をいただいた。

【トピック】

法律改正を踏まえた救急救命士の活用について（横田 裕行 委員）

1. はじめに
2. 法律改正までの背景と経緯
 - 1) 救急救命士制度
 - 2) 救急救命士法改正の経緯
3. 医療機関に所属する救急救命士と医療機関に求められるもの
4. 救急救命士への期待
 - 1) 医療機関内での活躍
 - 2) 地域医療構想の中での救急救命士
5. まとめ

救急救命士の所属の課題と提案（久保田 毅 委員）

1. 都道府県医療行政の対応
2. 救急救命士自らが、病院にとって必要不可欠な存在になること

沖縄県の2病院（浦添総合病院、中頭病院）における院内救急救命士の活用事例（田名 毅委員）

救急救命士の活用についての結語（座長：目黒 順一 委員）

1. 救急救命士法改正以降の動きと質の確保
2. 日本医師会の果たすべき役割
3. 結語

法律改正を踏まえた救急救命士の活用について（横田 裕行 委員）

1. はじめに

令和3年5月21日、“良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律”が成立し、それとともに救急救命士法も改正され、同10月1日に施行された。その結果、救急救命士の活動する場所が、法律改正前の「救急用自動車内（すなわち救急車）、またはそれに乗せるまで」から「病院若しくは診療所に到着し、当該病院また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、病院また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）」に拡大された¹⁾。超高齢社会を迎えた本邦において消防機関の救急救命士としてだけではなく、医療機関や地域医療を支える医療スタッフの一員としての救急救命士の活躍が期待されている。

2. 法律改正までの背景と経緯

1) 救急救命士制度

救急救命士は救急救命処置を必要とする重度傷病者、すなわち症状が著しく悪化するおそれがあり、若しくはその生命が危険な状態にある傷病者¹⁾を医療機関に搬送するために病院前救急医療の担い手として平成3年の救急救命士法の制定とともに誕生した医療資格である。救急救命士の国家試験は当初1年に2回あったが、現在は毎年1回となり、現在までに計47回行われている。ちなみに、令和5年度第47回国家試験は2024年3月10日（日）に札幌、東京、愛知、大阪、福岡の5会場で行われ、3,330名が受験し、内3,137人（合格率94.2%）が合格している²⁾。救急救命士国家試験は省令によって一般財団法人日本救急医療財団が登録機関及び試験機関として指定されているが、同財団には令和5年11月時点で72,752名が救急救命士資格者として登録されている。

救急救命士が重度傷病者に対して行う救急救命処置は、救急救命士制度が発足した当初は19項目であったが、その後徐々に追加され現在33項目となっている。消防機関に所属する救急救命士による病院前救護、すなわち救急現場で指導する医師がいない場合は、医師から事前に示されたプロトコールによる包括的指示によって行う救急救命処置と、例えば気管内挿管や心肺停止時の薬剤投与（アドレナリン）などその都度、医師の指導を仰ぐ具体的指示に分類されている（表1）³⁾。しかし、後述するように救急救命士法改正により令和3年10月からは医療機関でも救命処置が可能となったため⁴⁾、医療機関に勤務する救急救命士においては指導する医師がその場にいることが前提となっているので、救命救急処置は上記のような分類はせずに、指導医師から一律直接指示を受けて救急救命処置を行うことになっている。

| 医師の包括的な指示 | 医師の具体的指示 (特定行為) |
|--|--------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 乳酸リンゲル液を用いた静脈路確保のための輸液(※) ・ 食道閉鎖式エアウェイ、ラリングアルマスク及び気管内チューブ(※)による気道確保 ・ エピネフリンを用いた薬剤の投与(※) ・ 乳酸リンゲル液を用いた静脈路確保及び輸液 ・ 低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与 ・ 精神科領域の処置 ・ 小児科領域の処置 ・ 産婦人科領域の処置 ・ 自己注射が可能なエピネフリン製剤によるエピネフリン投与 ・ 血糖測定器を用いた血糖測定 ・ 気管内チューブを通じた気管吸引 ・ 聴診器の使用による心音・呼吸音の聴取 ・ 血圧計の使用による血圧の測定 ・ 心電計の使用による心拍動の観察及び心電図伝送 ・ 嚙子・吸引器による咽頭・声門上部の異物の除去 ・ 経鼻エアウェイによる気道確保 ・ パルスオキシメーターによる血中酸素飽和度の測定 ・ ショックパンツの使用による血圧の保持及び下肢の固定 ・ 自動式心マッサージ器の使用による体外式胸骨圧迫 ・ 心マッサージの施行 ・ 特定在宅療法継続中の傷病者の処置の維持 ・ 口腔内の吸引 ・ 経口エアウェイによる気道確保 ・ バッグマスクによる人工呼吸 ・ 酸素吸入器による酸素投与 ・ 自動体外式除細動器による除細動(※) ・ 用手法による気道確保 ・ 胸骨圧迫 ・ 呼吸吹き込み法による人工呼吸 ・ 圧迫止血 ・ 骨折の固定 ・ ハイムリック法及び背部叩打法による異物の除去 ・ 体温・脈拍・呼吸数・意識状態・顔色の観察 ・ 必要な体位の維持、安静の維持、保温 | |

※ 心臓機能停止状態の患者に対してのみ行うもの

表1：救急救命士が行う救急救命処置（文献3）から引用

2) 救急救命士法改正の経緯

救急救命士法改正前の令和3年9月末までは救急救命士の業務する場合は、救急救命士法の規定から、救急車の中や傷病者を救急車に乗せるまでの間と限定されていたが、救急車の運用の多くが消防機関によって行われているため、救急救命士が業務として救急救命処置を行うには消防職員として消防機関に所属する必要がある。しかし、全ての救急救命士資格者が消防職員としての身分を有してはいないので、十分な知識や技能がありながらそれを有効に活用できない現状があった。ちなみに、厚生労働省「救急医療の現場における医療関係職種の内在工作に関するワーキンググループ」の資料によると、令和5年4月時点での救急救命士登録者71,495名中、消防本部に所属する救急救命士資格取得者は37,143人である一方、潜在救急救命士と呼ばれる資格を有効活用できていない上記のような救急救命士が9,111人存在することが公表されている5)。

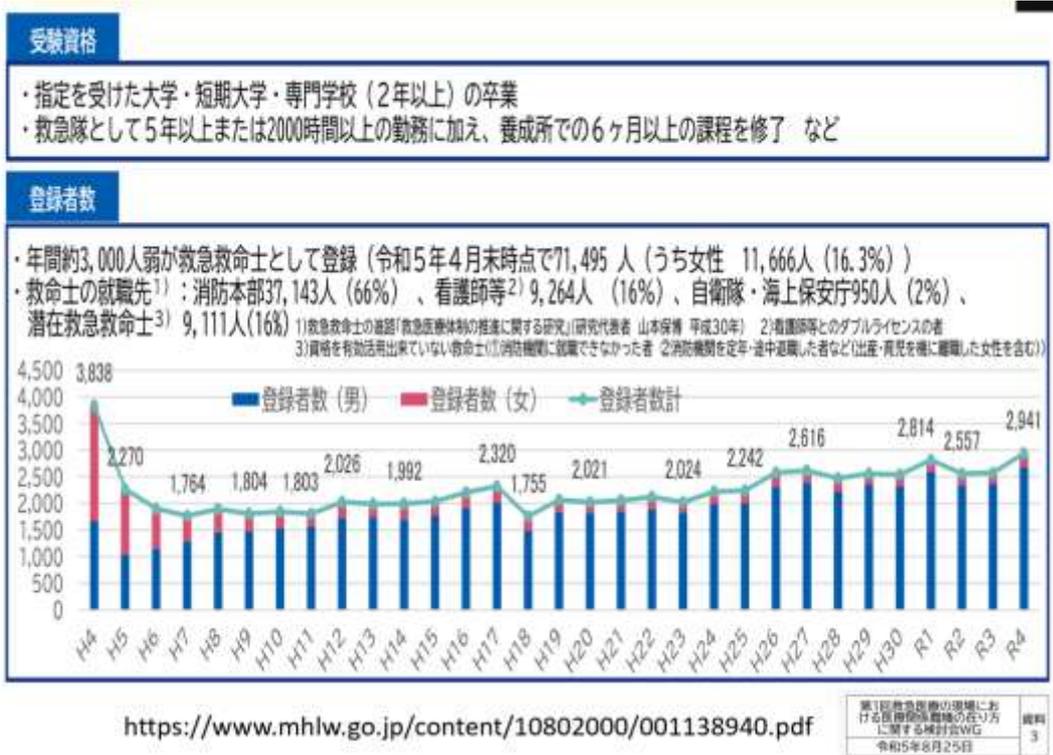


図1：救急救命士登録者数の推移（文献5）から引用）

一方、超高齢社会の進展に伴って救急医療の需要が増大しており、その担い手となる医師や看護師等の医療スタッフ不足が指摘され、医師等の働き方改革に伴ってその状況はさらに顕著化しつつある。そのような中、救急救命士が医療機関内、特に救急医療機関の救急外来等で活躍することが期待され、様々な会議体で課題や解決法について議論がされてきた。例えば、「消防機関以外に属する救急救命士の業務の質の向上と活用に関する協議会」は日本救急医学会を中心に日本医師会、日本臨床救急医学会、全日本病院協会などに所属するメンバーで組織され、同協議会から令和元年11月に「救急救命士が医療機関で業務する必要性と課題解決のための提言」が公表された6)。提言の内容は①医療機関において救急救命士の業務を可能とし、②業務の場は救急外来、救急初療室、病院救急車（ドクターカー、ドクターヘリ等を含む）で、業務の内容と対象は変更をせず、③救急救命士のために必要な教育体制と院内メディカルコントロール体制を構築して、④法律の改正を要望した。また、翌年の令和2年12月に開催された厚生労働省「第7回医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会」でも同様な内容が示され、さらに医療機関に勤務する救急救命士は医療安全、感染対策、チーム医療を研修する必要性が示された7)。

このような会議体での議論から、救急救命士法が改正され、令和3年10月に施行された1)。改正された法律では、前述のように救急救命士による救急救命処置の対象と内容は変更がないものの、実施場所が「重度傷病者が病院若しくは診療所に到着し、当該病院また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、病院また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）も可能となり、活動範囲が拡大された。また、医療機関には、勤務する救急救命士への研修体制整備が求

められることになった。

3. 医療機関に所属する救急救命士と医療機関に求められるもの

日本救急医学会と日本臨床救急医学会は改正された救急救命士法施行の前日である令和3年9月30日に「医療機関に勤務する救急救命士の救命救急処置実施についてのガイドライン」⁸⁾を公表したが、同日に厚生労働省は、医療機関に勤務する救急救命士の資質及び業務の質の担保を目的とした取組や、院内研修の内容について具体的に検討する際は、このガイドラインを参考とすべきとの医政局地域医療計画課長通知を発出した⁹⁾。同ガイドラインの中には、医療機関に勤務する救急救命士は医療安全、感染対策、チーム医療の知識や技術を習得する必要性が記載されている。消防機関に勤務する救急救命士にとっても、これらの知識を有しているが、病院前救護とは環境が異なった医療機関内でメディカルスタッフの一員として必要な医療安全、感染対策、チーム医療の知識や技術が重要であるため、これらの研修が求められている。また、救急救命士を雇用する医療機関にも、いわゆる院内メディカルコントロール体制として「救急救命士による救急救命処置の実施に関する委員会」を設けることが上記ガイドラインに記載されている。この委員会は医療機関管理者の直轄の委員会であることが望ましく、また委員会の構成員は救急救命処置を指示する医師、②医療安全管理委員会の委員、③その他委員会の目的を達成するために必要な委員で構成し、構成員や検討事項等を明確にした委員会規定を定めることも必要であると記載されている。

4. 救急救命士への期待

前述したような経緯から救急救命士がその能力を生かし医療機関において医療スタッフの一員としてその知識や技術を活用することが期待されている。

1) 医療機関内での活躍

令和3年度厚生労働省研究班「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」の中で「救急医療に関わる医師の働き方について」報告書では、令和3年12月現在全国297の救命救急センターを対象としてアンケートを行い、174施設から回答が得られた結果、救急救命士を雇用しているのが33.9%（59施設）、雇用していないのは65.5%（114施設）であった。医師の働き方改革を進める際に、救急救命士の雇用が重要であると回答した医療施設は、救急救命士をその時点で雇用していない施設では33%（38施設）であったのに対して、救急救命士を雇用している59施設では、73%（43施設）で救急救命士の雇用は重要と回答し、救急救命士の雇用が救命救急センターでの医師の負担軽減に寄与していることが明らかとなり、その認識は救急救命士を雇用している施設で顕著であった（図2）¹⁰⁾。

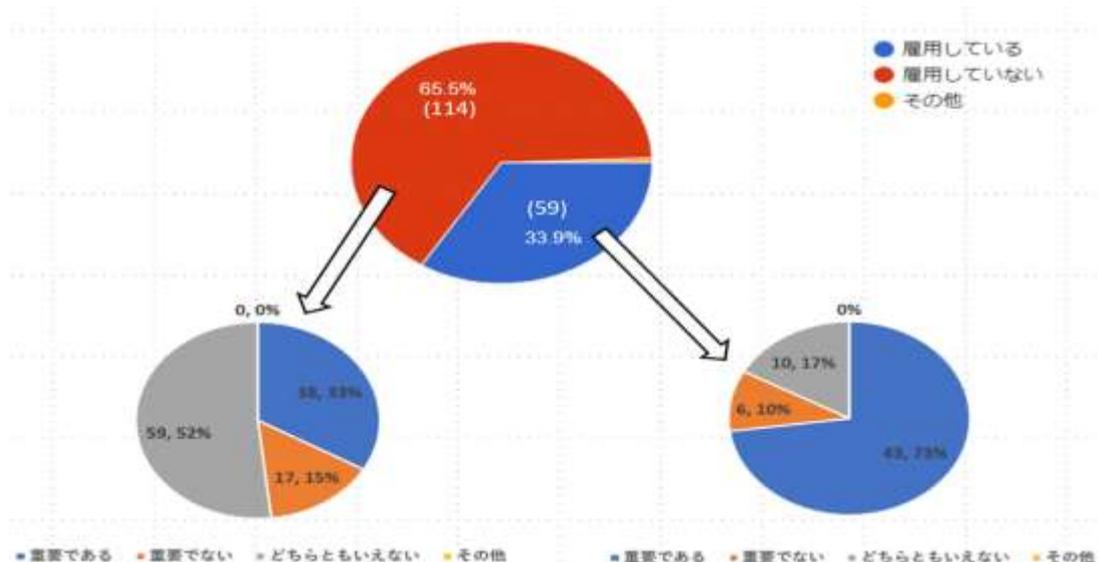


図2：医師の働き方改革における救急救命士雇用の有無とその評価
(文献10) から引用

また、前述の「救急救命士が医療機関で業務する必要性と課題解決のための提言」6)にも記載されているように、都内某二次救急医療機関で救急外来に救急救命士を配置した結果、救急車の受け入れが円滑になり、その結果として救急車の応需数が増加し事例が報告されており、救急救命士の配置が上記の三次救急医療機関だけでないことが明らかになっている(図3)。ちなみに東京都においては二次救急医療機関での救急救命士の雇用と活用を促進するために、補助金交付の事業を継続している11)。

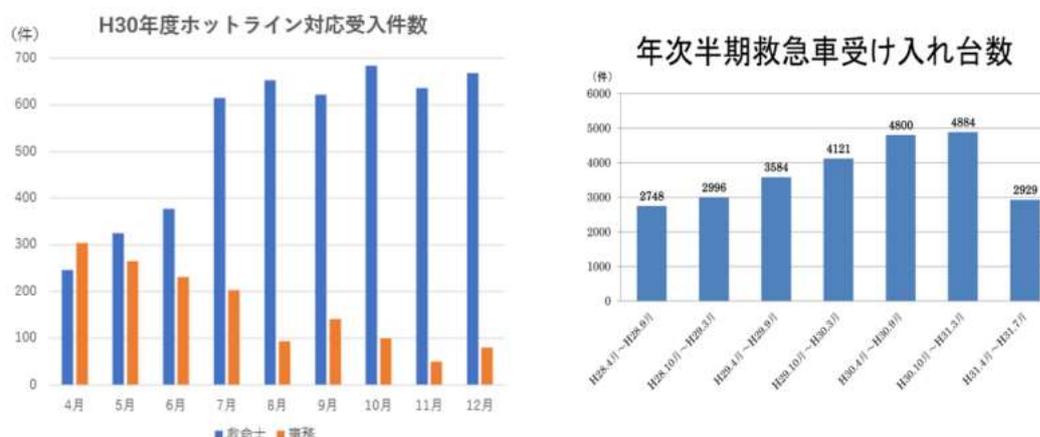


図3：救急外来で救急救命士の配置した6月以降、救急車の応需数が増加している(文献6)から引用

また、令和4年度厚生労働科学研究班「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」の中で「救急救命士と救急救命処置に関する研究、医療機関内で救急救命士の業務を可能とした救急救命士法改正の影響に関する調査」報告書では、救急救命士雇用による医師の負担軽減は救急救命士が救命救急処置を実施することによる効果より、救急救命士雇用自体に効果があったことを明らかにした12)(図4)。

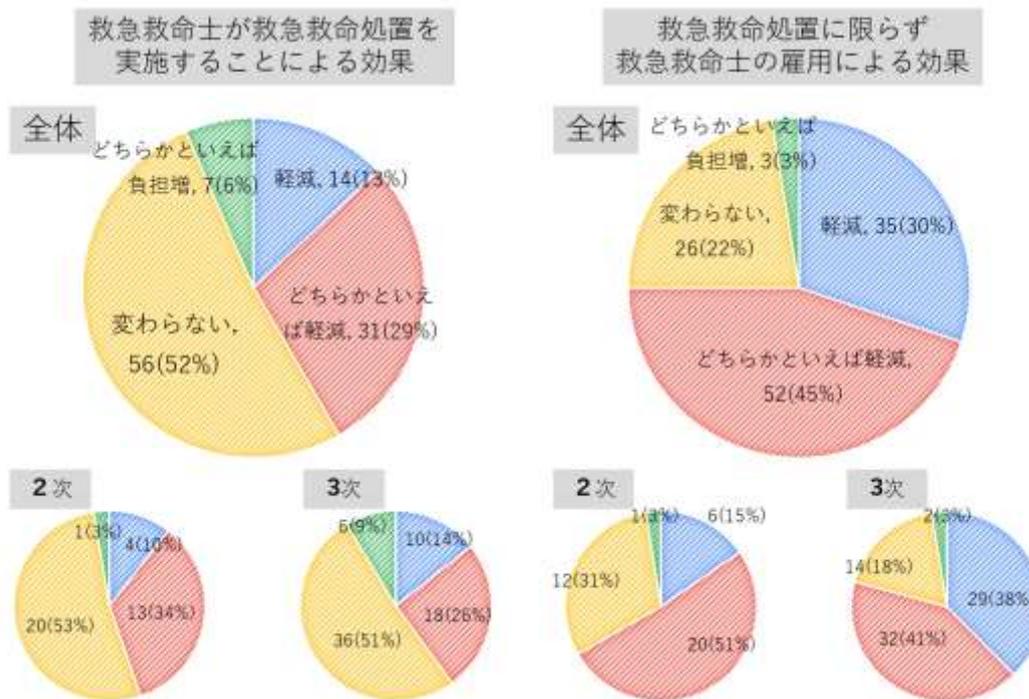


図4：救急救命士雇用による医師の負担軽減の効果（文献から12）引用）

2) 地域医療構想の中での救急救命士

救急救命士は重度傷病者に対して医師の指示・指導の下に救命処置を行うことを目的に病院救急医療の担い手として誕生した国家資格であるが、社会構造の変化や働き方改革の中でのタスク・シフト/シェアを背景に、地域医療の中での活躍が期待されている。令和4年6月に公表された日本医師会救急災害医療対策委員会報告書においても救急救命士の働く場について、例えば地域包括支援センター等で雇用し、独居や高齢者の二人夫婦の自宅等へ介入や地域で在宅患者の急変に際し救急救命士が医師の指示のもとに業務を行うことが議論された13)。また、厚生労働省による医療介護総合確保推進法に関する概要資料においても2025年を見据えた医療提供体制改革後の地域包括ケアシステムの中にはあらゆる医療職種の連携が示されているが、その中には救急救命士の記載もされており14)、今後は地域医療の中で救急医療だけでなく、その専門性を活用した在宅や介護における活躍も期待されている。

5. まとめ

令和3年10月1日に施行された改正救急救命士法により、救急救命士が行う救急救命処置の場所が拡大された。超高齢社会を迎えた本邦において病院前救護はもちろん、医療機関で救急救命士の活躍が期待されている。さらに、今後は地域医療構想や地域包括ケアの中で、地域医療を支える医療スタッフの一員としての位置づけが重要になると考える。

6. 参考文献

- 1) 救急救命士法。 https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=80061000&dataType=0&pageNo=1

(最終アクセス日：2024. 2. 20)

- 2) 厚生労働省：第 46 回救急救命士国家試験の合格発
https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000200942_00005.html (最終アクセス日：2024. 2. 20)
- 3) 改正救急救命士法の施行に向けた 検討について 第 24 回救急・災害医療提供体制 等の在り方に関する検討会 令和 3 年 6 月 4 日 参考資料
<https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000788070.pdf>
- 4) 法令番号：平成十三年厚生労働省令第八十七号, 最終改正：平成 20 年 11 月 28 日厚生労働省令第 163 号 [救急救命士法第十二条第一項及び第三十七条第一項に規定する指定登録機関及び指定試験機関を指定する省令：見やすい法令データ \(yoshipapa.raindrop.jp\)](#)
- 5) 厚生労働省救急医療の現場における医療関係職種の在り方に関する WG 令和 5 年 8 月 25 日資料 1 <https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/001138940.pdf> (最終アクセス：2024. 2. 20)
- 6) 救急救命士が医療機関で業務する必要性と課題解決のための提言 [一般社団法人 日本救急医学会一般向けホームページ：「救急救命士が医療機関で業務する必要性と課題解決のための提言」について \(jaam.jp\)](#) (最終アクセス：2024. 2. 20)
- 7) 第 7 回医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会 資料 <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000704432.pdf>
- 8) 医療機関に勤務する救急救命士の救命救急処置実施についてのガイドライン [医療機関に勤務する救急救命士の救命救急処置実施についてのガイドライン \(jaam.jp\)](#)
- 9) 良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための 医療法等の一部を改正する法律の一部の施行（救急救命士法関係）に 伴う関係通知の改正等について [hpbnotice_r3093001.pdf \(nurse.or.jp\)](#)
- 10) 横田裕行：救急医療に関わる医師の働き方について、令和 3 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）分担研究報告書（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：研究代表者 山本保博）
- 11) 救急搬送患者受入体制強化事業補助金交付要綱の制定及び令和 4 年度事業実施について 4 福保医救第 45 号 令和 4 年 8 月 31 日
- 12) 田邊晴山、織田順、横田裕行：医療機関内で救急救命士の業務を可能とした救急救命士法改正の影響に関する調査 救急救命士と救急救命処置に関する研究、令和 4 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）分担研究報告書（地域医療構想を踏まえた救急医療体制の充実に関する研究：研究代表者 横田裕行）
- 13) 救急災害医療対策委員会報告書 令和 4 年 6 月 日本医師会 救急災害医療対策委員会
- 14) 医療介護総合確保推進法（医療部分）の概要について 第 106 回市町村職員を対象とするセミナー [0000038005_1_2.pdf \(mhlw.go.jp\)](#) (最終アクセス日：2024. 2. 20)

救急救命士の所属の課題と提案（久保田 毅 委員）

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）、と定義されている。医師の働き方改革におけるワークシフトやERの症例数の増加などを背景に、救急救命士を雇用する病院も増えている。国家資格をとっても、全員が消防署勤務になるわけではなく、どこにも就職していない「潜在救急救命士」は救急救命士の16%を占めている（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）より）。このような救急救命士に病院という医療現場でそれまで培った技能を生かしてもらうことに、大きな期待が寄せられている。

神奈川県医師会では、救命情報システム症例検討会において、各MCの日常勤務において遭遇した貴重な症例を提示してもらい、搬送指示を行った医師、受入病院の医師と共に、課題を検討している。年に4回開催しており、症例検討会のあとには、特別講演を設定している。この特別講演において、病院勤務を重ねてきた救急救命士から勤務に関する講演を頂く機会があった。要旨は、いくつかの病院で勤務する機会があったが、勤務する病院ごとに病院内における自分の所属先が異なり、ある病院では「医事課」に、ある病院では「看護部」に、ある病院では「診療部」に所属することになっていた。どの病院で勤務しても、最終的には自分の居場所がなくなり、退職を余儀なくされた。との内容であった。

病院勤務する救急救命士の課題を整理すると、（1）もともと病院勤務を想定した国家資格ではない。（2）救急救命士の活動には、処置範囲、対象者、場所などに制限がある。（3）実施可能な救急救命処置は、看護師等他職種と重複している。すなわち、病院内で固定した業務や役割が設定されていない、ということである。従って、現状では他職種との協働、連携を行うしかない立場にある。

このような課題を克服するためには、以下に述べる2つの対応策が必要であると考えられる。

1. 都道府県医療行政の対応

救急救命士の国家資格は、厚生労働省が与えているものであるが、その活動場所は、もとより院内を想定していないものである。したがって、都道府県保健医療行政は、病院内勤務する救急救命士には「病院勤務救急救命士」との位置づけをはっきりさせて、雇用した病院長に報告させたいうえで、「病院勤務救急救命士」としての登録番号を付与し、継続的な病院管理ができるように介入するべきである。都道府県行政が付与した登録番号ができれば、問題があれば指導もできるし、困っている事があれば、救いの手も出せるはずである。

2. 救急救命士自らが、病院にとって必要不可欠な存在になること

例えば、災害拠点病院に勤務したならば、積極的に研修に臨み、「DMATの事務担当者（ロジ）」の資格をとり、訓練にも災害現場にも出向することである。そのような活動を続ければ、災害拠点病院にとって、なくてはならない存在になるであろう。また、長じては「防災士」の資格をとり、総務課や医事課に所属して、災害後のBCP作成や年次改定に取り組めば、病院事務職員で、災害医療やその復興に詳しい職員は希少であることから、大いに病院の役に立つであろう。

少子高齢化の進行が止まらないなか、病院をはじめとする医療機関は多忙を極めている。その一方で、専門教育を受けて救急救命士の国家資格を持った若者が、潜在救急救命士として資格を生かせない状態にあるということは、国としても大いなる損失である。病院勤務する救急救命士が永続的に病院勤務ができるように、労務環境を整備することは、救急医療体制確保の視点からも喫緊の課題である。

沖縄県の2病院（浦添総合病院、中頭病院）における院内救急救命士の活用事例 （田名 毅 委員）

沖縄県内の社会医療法人認定民間病院として、ドクターヘリ・ドクターカーを運用しながら救急医療に対応している浦添（うらそえ）総合病院の米盛輝武救命救急センター長、ドクターカーを運用し沖縄県中部地区の救急医療に対応している中頭（なかがみ）病院の仲村尚司救急科医長からヒアリングを行った。

【浦添総合病院】

（教育：法に基づき、救急救命士を活用するために取り組んでいること）

- ① 就業前に「医療安全」「感染対策」「チーム医療」に関する研修の修了
- ② 救急救命処置行為に関する研修等の研鑽的な実施
- ③ 院内におけるMC体制整備（委員会設置）
 - 救急救命処置の範囲の決定・周知（出来る事、出来ない事）
 - 指示・指導・助言体制整備（指示医確保・指示手順整理）
 - 記録システムの整備（電子カルテとの関係について整理）
 - 事後検証体制の構築とフィードバック体制の整備
 - 包括指示プロトコールの策定・検証・見直し

（活用方法）

- ① 病院前救急診療における「ヨコ」の連携と「タテ」の連携としての機能
 - ・ラピッドレスポンスカーでの活動
 - 調整員としての活動
 - 医師・看護師と協働した救急救命処置
 - ・自衛隊急患空輸における活動
 - 離島医療機関・自衛隊・医療機関との調整
 - 医師・看護師と協働した救急救命処置
- ② 主に病院前救急診療での活動を見据えた対応
 - ・末梢静脈路確保に係る研修と認定
 - ・薬剤（アドレナリン）投与に係る研修と認定
 - ・血糖測定とブドウ糖投与に係る研修と認定
 - ・外傷・心停止・脳卒中・小児救急・産科救急に係る研修
 - ・「医療安全」「感染管理」「チーム医療」に係る研修
 - ・航空医療・災害対応に係る研修
 - ・院内MC委員会の設置と院内への情報共有
- ③ 病院内および地域における「ヨコ」の連携と「タテ」の連携としての機能
 - ・救急外来での調整業務
 - ・多数傷病者受け入れ時における調整業務
 - ・院内災害救急体制整備における調整業務
 - ・救急救命士・学生などの実習における調整業務

- ・地域医療機関や教育機関における啓発活動
- ・救急部門データ管理・行政機関との調整業務

(課題)

- ① 院内での救命士活用において法制度の理解と周知が重要
 - ② 都道府県 MC 協議会に一極集中した極端なガバナンスの弊害
 - 都道府県 MC 協議会業務負担の増加
 - 各医療機関における救急救命処置認定手続きなどの遅滞
- ※現在、提案していること
- ・都道府県 MC 協議会は各医療機関 MC 体制のシステムの質を評価・認定・保障
 - ・認定医療機関 MC 委員会に対しては救急救命士管理に係る MC 業務権限を移管
 - ・都道府県 MC 協議会は認定医療機関の決定事項を追認・必要に応じ疑義照会

【中頭病院】

(主な業務内容)

- ① ドクターカー乗務員 (ドライバー、ナビゲーター)
- ② 患者搬送業務 (施設間、自宅)
- ③ 初療室での患者対応 (患者記録、処置・処置介助、検査案内)
- ④ 観察室での患者対応 (処置介助、検査案内、ナースコール対応、ナーシングケア)
- ⑤ 外来での患者対応 (バイタル測定、問診、検査・帰宅案内)
- ⑥ 近隣消防との訓練、症例検討会の運営 → 医師からのタスク・シフト
- ⑦ クラーク及び助手業務兼任

(救急救命士活用のメリット)

- ① 「看護師 (医師) とのタスクシェアによる業務負担軽減」
 - ・病院到着から入院するまでの処置、患者記録が可能になったことで、救急車対応を医師と救急救命士で完結することができる。
 - ・観察室内での検査案内、処置介助、急変対応時の人員の 1 人として業務を行うことができる。
- ② 「夜間緊急搬送対応」
 - ・夜間の転院搬送に際し、沖縄市の消防機関へ搬送を依頼していたが、院内救急救命士の夜勤導入に伴い、当院の公用車を使用しての転院搬送が可能となった。結果地域医療への貢献にもつながる。また、医師同乗の際は算定の加算も可能。
- ③ 「外来での重症患者への早期処置介入」
 - ・事務員とは異なり、患者アセスメントが可能。外来でのバイタル測定、問診を行うことで、緊急度の高い疾患が疑われる患者様を素早く医師、看護師へ報告し早期治療介入へつなげることができる。

(問題点)

- ① 輸液の種類制限（乳酸リンゲルのみ）などのために看護師へのタスク・シフトが完結しにくい、院内急変に参加できない（入院中の患者に処置出来ないの
で)
- ② 教育体制
 - ・法改正によって、院内救急救命士の業務が拡大しているが、院内救急救命士の
経験年数が浅く、教育プランについて検討が必要。
 - 看護師の新人教育マニュアルを元に、看護師教育担当と教育プランを作成中。
完成後は医師、師長、主任、看護師教育担当へ確認。
- ③ 救急救命処置についての周知
 - ・法律を遵守し、患者様を守るためにも、救急救命士自身で救急救命処置の把握
はもちろんのこと、医師、看護師側にも可能な処置の範囲を周知しインシデン
ト、アクシデントの発生を防ぐ必要がある。

(今後目指すこと)

- ① 病院内および地域における 「ヨコ」 の連携と 「タテ」 の連携としての機能
 - ・救急外来での調整業務
 - ・多数傷病者受け入れ時における調整業務
 - ・院内災害救急体制整備における調整業務
- ② 自衛隊急患空輸における活動 → 離島医療機関・自衛隊・医療機関との調整

【二病院からのヒアリングを踏まえての考察】

院内救急救命士の有効な活用方法を両病院が模索していることが分かった。医師、看護師と連携し、医療行為を安全に行う質を担保するための院内教育システムの確立に取り組む重要性が理解できた。院内はもちろん院外（地域とのかかわり）において、救急救命士が担える役割は広がりがあり、多くの可能性があることが分かった。看護師不足を補うというよりは、医師、看護師しか出来ない役割を十分に認識した上で、十分なトレーニングを受けた救急救命士が院内、院外において担える役割を確立し、その能力を活用していくことが救急医療の最前線を担う医療機関にとって必要とされる医療行為の迅速性を増し機能強化に繋がると考えられた。

救急救命士の活用についての結語（座長：目黒 順一 委員）

1. 救急救命士法改正以降の動きと質の確保

法改正に伴い救急救命士を雇用する医療機関、とりわけ三次医療機関、救命救急センターがかなり増加してきている実態がある。そこでは横田裕行委員の論文にあるように、その効果とともに多くの課題が指摘されているが、最も重要と思われるのはその質と考えられる。即ち、少人数（1～2人）の雇用でも十分に現場で医療スタッフとして活躍できるような、人格的にも、学問的にも、技術的にも優れた救急救命士を養成できるかということである。そのためには、既卒の救急救命士の再教育はもとより、教育・養成機関においての新たなカリキュラムに基づく改正法に見合った新卒者の輩出が基本にならう。こうした救急救命士が医療現場に投入され、その効果（人手不足の解消、救急医療の質の向上等）が広く認知されれば、一般の診療所や中小病院での雇用も促進され、初期救急や二次救急の場面での活躍も期待される。

2. 日本医師会の果たすべき役割

おりから、医師の働き方改革が始まり、タスクシフト・シェアが求められるこの時期に、救急救命士の業務拡大を推進することは、日本医師会として取り組むべき重要なミッションと思われる。具体的には「一般社団法人民間救命士統括体制認定機構」が担うと思われるが、日本医師会の強力な支援のもとに都道府県医師会でも研修会や事例検討会などの機会を設け、講師を派遣するなどの活動が想定される。

また、沖縄県のように介護現場と救急隊との接点を恒常的に設定し、将来的に介護施設にも救急救命士が配置される機運を醸成すべきである。

3. 結語

人口の少子高齢化が進む現代にあって、人手不足は避けられないものの、あらゆる医療リソースを有効活用することは喫緊の課題と思われる。医療安全が最優先ではあるが、今こそ、日本の医療体制に大きな責任を持つ日本医師会の果たすべき役割は極めて重要である。

2. 都道府県医師会、都市区医師会への具体的・実地的な提言について

本項では、都道府県医師会、都市区医師会に参考になる情報提供を行うという観点から、「傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生」について、委員及び外部より講演者をお呼びし、各地域での取り組みをプレゼンテーションしていただいた上で、質疑応答を行ったものを取りまとめた。また結語として久保田毅委員にご執筆をいただいている。

講演者とテーマは以下の通りである。なお紙面の都合上、講演概要は一部割愛し、当該テーマの部分に絞っている。講演資料等については、日本医師会地域医療課までご照会いただきたい。

① 岡山県医師会会長 松山 正春 先生

「移動会長室事業～岡山県医師会の取り組み～」

② 静岡市静岡医師会会長／静岡県医師会副会長 福地 康紀 先生

「静岡市静岡医師会が関わってきた地域包括ケアシステムにおける静岡市の救急医療提供体制」

③ 沖縄県医師会副会長 田名 毅 先生

「介護施設と消防救急隊員の連携について～那覇市医師会の取り組み～」

①岡山県医師会会長 松山 正春 先生

「移動会長室事業～岡山県医師会の取り組み～」

◆講演概要

- ・移動会長室事業は、私が会長になった平成30年の9月から行っており、岡山県医師会の施策について、県民とか地方の行政と話ができる場がなかなか無く、まとまって県民の声を聞く会ができないかということで始めた。
- ・ACP・人生会議、フレイル対策、受動喫煙防止、それから最近、医療のかかり方普及啓発という4本柱で行っている。
- ・平成30年度から令和4年度までで、約30回のACP・人生会議普及啓発を行っている。コロナの間に小休止があったが、また最近活発に動いている。
- ・全参加人数が1498名（講演時点）、特に高校生・中学生を対象とした講演も行っており、これが非常に有効と考えている。学生には410人位に行っている。
- ・こちらのコーディネーターは医師会の職員だが、保健師で、保健所などで活動していた実績があって、色々なところからオファーを引き出してくる役目を負っており、そういう関係で会が成立している。
- ・高校生・中学生を対象にしてACP・人生会議普及啓発を行うときには、内容はだいたい岡山県医師会の紹介、私の自己紹介、コロナの話などは非常に興味を持って聞いていただき、岡山県医師会の対応についても、色々な意見を頂いた。
- ・次は「救急医療現場から考えるACP」ということで、岡山大学の高度救命救急センターの中尾篤典先生、ピッツバーグで移植をしておられたが、東日本大震災のときに日本に支援に帰って来られて、そのまま日本の救急を頑張るということで、岡山大学で動いておられる。その現場の状況を伝えながら、移植に対する考えについて高

校生・中学生に教えていただくと非常に反響がある。

- ・対象者は全学年の医療系の進学希望者や、特進クラスに限定している。ディベートなどを行った後で、講義を聞いていただくところもある。
- ・ガン末期で、自宅で看取り希望だった高齢者が救急搬送された事例の紹介動画を見ていただく。DNARを表明されていたが、肋骨はボロボロに折れて、それでも救急搬送されて治療は開始されるという実際の事例を出して、皆さんに考えていただいている。
- ・ACP・人生会議の普及は、患者の思いを汲み取ることと言えるが、なかなか汲み取る場所がない。自分の最期を思い通りに迎えられる方は、非常に少ない。
- ・私も歳だが、子供にも妻にも、どうするかということは何も言っていない。それで、こういうことを普及していることに少しジレンマを感じている。
- ・「会長が行く」虹色サロンは、住民やそのケアマネさん達とACPについて考えていくもので、元々は地元の民生委員や愛育委員などのお世話をしている役員の方に行った。
- ・しかし結局、「私は親を看取った」とか、「その時にどうだった」という最期の話になってしまって、いわゆるACPをどう考えるかに進まないというジレンマを感じて、どう進めていったらいいか、教授と話をしながら進んでいる。
- ・患者さんは自己の表現がほとんどできない人なので、大学病院に搬送されるのは家族の意見が主で、患者の意思はどうだったのか探っていくことになるが、生前の意思表示をしても家族によって覆されることが非常に多い。
- ・ACPは若い人を対象にして、10年先、20年先になってもいいので考えていただくのが一番ではないかと思い、中高生などに広めていけたらと考えている。
- ・中尾先生はドナーをいかに作るかもライフワークにされていて、そのような接し方でACPを捉えている。患者の意思はなかなか汲み取れないが、本当に丁寧にACPを引き出しておられる。ご家族から、生前にご本人がどう思っていたかを引き出していく。救急の現場で、その時にすぐに行くことはなかなかできないが、ドナーになるまで長い時間をかけて、3週間から4週間かかる場合もあるということである。
- ・ただ、それもその場になってからでは手が回らないので、家族が考えるのではなくて、本人の意思を家族で考えるようなサポートをすると住民の皆さんにも伝えている。最終的には家族が主人公になるが、それまでにいかに家族の間で本人の考えを共有するかが大切で、それができる方向へサポートしていくことが、皆さんに分かっていただきたい考えである。
- ・高齢者の場合は、例えば私が娘から「お父さんはどのような最期を迎えますか」と聞かれると、「今は元気だから放っておいてくれ」とか、「わしゃまだ死なん」ということで話が終わってしまうことがしばしばあると思う。
- ・ただ高校生・中学生に講義や座談会をして感想を書いてもらおうと、「死生観、命、生き方について深く考えさせられた」、「家に帰って家族と講演の内容について話し合いたい」、「家族にも自分自身の最期や、生き方についても聞いてみたい」ということを言う生徒さんもいる。

- ・このように学生さんや、若い人と話をすると、お父さん、お母さん、おじいちゃん、おばあちゃんとも話が繋がる。それから友達の間でもそういう話ができ、縦の連携と横の連携ができてきて、非常に有効ではないかと考えている。
- ・「声に出して話し合うことで、思いも深まると感じた」と、なかなか深い事を言っておられる方もいらっしゃる。
- ・それから「臓器提供は、するものだとずっと思っていたが、それと同じだけ提供しない権利もあるということを知った」という方もいたり、我々も考えさせられるものがある。時間がかかっても、こういう学校教育が必要ではないか。
- ・「ネットワーク化が医療危機を救う」ということで、産業医科大学の松田晋也先生が、最近の著書の中で紹介していただいた。他の県の先生から「本当に行っているのか？」という話をされるが、できる範囲で私が行くようにしている。
- ・それと同時に、岡山県医師会は地元のテレビ局である OHK の情報生番組を買い取って、情報提供を行ってきている。コロナの話やその時々のお話をして、積極的な情報提供を行っている。こうした基盤があり、関係者の人が地域包括ケアの実現をよりしやすくなるのではないかと評価を頂いている。
- ・岡山大学の臓器提供の推移だが、2016年に中尾先生が教授になられて、それからずっと増えてきて、今は、26例ぐらいのドナーを出している。そのドナーの中で、24番目の40歳代の女性は私の患者で、残念ながら亡くなられたが、お父さんも相談に来られて、「本人の、人に対する優しさなどから見れば、多分臓器提供を本人も望むだろう」ということで臓器移植に踏み切られた。
- ・どうしてそんなに岡山大学では提供する人が多いのかだが、やはり提供に至る努力というのは、一生懸命に救命をする、救命ができなければ全力で看取るという態度を取っておられることではないかと思う。ただ、話を聞いてみると家族の葛藤や、先生方の努力も非常に強い。
- ・また緊急 ACP の実践、これは日頃から行う ACP ではなくて、緊急時にどのような生き方、最期を迎えるかを、家族が、患者さんの生き方を考えて導き出し、推定意思を尊重しながら、患者さんにとって最善の方針を考える支援の結果ではないかと考える。
- ・ここで出てくる推定意思だが、ACP では本人の意思が最大に尊重されるべきだが、次の策としては、推定意思を求めていくということになると思う。我々もどこかで推定意思を、誰かに一言でもいいから伝えていこうと、県民の皆さんに伝えている。書いておく以外にも色々な形式のものがあるが、それも面倒ならば、誰か友達に、旅行に行くのと同じような感じで「私はこうして最期を迎えたい」と一言言うておくことが、ACP の基本になるのではないかと思う。
- ・地域の役割を担っていただいている方や、高齢者中心の ACP は進み具合が悪い。きちんと向かい合ったときの気持ちを上手く表現できないこともあったり、「縁起でもない」とか「私はまだ元気だ」という言葉も返ってくるので、解決策としては、やはり中高生の若い世代、大学生などでも機会があれば広げていくことが必要かと思っている。

- ・アンケートで出ていたように、友達同士、家族との話し合いができる時間が少しずつ広がっていくのではないかと。例として、先ほどの感想文とか、レポートを課題とすることで話し合うことができる。それから孫から話しかければ、おじいちゃんおばあちゃんも、軽く答えられるというところもあると思う。
- ・学校の人権教育の一環として、現代社会の臓器移植法の講義を提案したが、現場および保護者の理解を得ることに時間を要すると、なかなか話が前に進まなかった。「臓器を取りに来ているのではないかと」という意見もたまに聞かれる。私立の中学・高校が実績を積み上げる場として非常に良いのではないかと考えていて、今後は教育委員会とも話をしながら公立学校でも行っていきたいと考えている。ただ公立学校は、年間のスケジュールや量も決まっているので、なかなかその中へ入れられないということもある。
- ・ACP・人生会議啓発の取り組みは、話し合うきっかけ作りになること、口コミでの広がりがあること、一度開催した学校からは、繰り返し開催の要望が届いているということである。岡山県医師会ももちろんだが、岡山大学などにも、地域からのオファーが入っているようである。これで救急搬送が減るということでもないが、地道に続けていかなくてはいけないと思っている。

【質疑応答】

Q: 患者さんの搬送の問題について、搬送を望んでいないとか、あるいは搬送するか決めてないとか、ちぐはぐな状況になってしまうことが全国にあるかと思う。私どもの周りで一番目立つのが、入所介護施設からの搬送である。

いつも往診で診てる患者さん方は、医師と二人三脚で 24 時間対応しているので、急変時も担当の医師と連絡を取ることが普及しているが、入所介護施設にあっては、配置医師や協力医が施設とかなり離れたところに暮らしているなど、なかなか入所されている方々の医療の質をどうするかが遅れている。

入所介護施設に入っている方は相当数いらっしゃるのですが、入所介護施設の中の医療をどうするのか詰めていかないと、現場で行き当たりばったりの救急搬送が後を絶たず、本格的に介入していく必要があると我々は数年論じている。

県庁と話すのですが、介護施設を所管する部署と、医療を所管する部署が違うので、介護施設では医療は存在しない、病院などに行ってからが医療であるという考えが基本的にあり、どうしても入所介護施設の中における医療の質をどうするかという議論が噛み合わなくて進んでいないという問題がある。そのようなことで、岡山県での取り組みで、何かご経験があればご教示いただきたい。

A: 岡山県でも同じで、特にコロナのときに、高齢者施設からの救急搬送困難事例が 1 日に最高 79 件になっている。介護施設も医療系が運営している施設と、株式会社や個人運営の施設で全然違う。医療系の配置医師などでは、対応を十分していただいているが、岡山県でも第 2 波のときに介護施設で介護士が怖くなって全員いなくなってしまうということもあり、本当に施設の嘱託医、配置医師、そういう方の教育がこれから必要ではないかと考える。

岡山県では介護保険関連団体協議会という 30 団体位が集まっている会議があり、そこで講演をさせていただいているが、まだ担当の先生ではなく、介護施設の職員が来られるだけなので進んでいない。

コロナの時も救急搬送するなら、病院を決めて、それから紹介状を持って行って下さいというお願いを各高齢者施設に対して行い、そのことで救急搬送がかなり減ったということもあったので、県の医師会として、そういう事に積極的に関わっていく必要があるのではないかと考えている。

②静岡市静岡医師会会長／静岡県医師会副会長 福地 康紀 先生

「静岡市静岡医師会が関わってきた地域包括ケアシステムにおける静岡市の救急医療提供体制」

◆講演概要

- ・静岡市は平成 15 年に政令指定都市に指定されたが、元々旧静岡市と旧清水市であり、旧静岡市の静岡市静岡医師会、旧清水市の静岡市清水医師会と庵原医師会で、医師会は合併しておらず、その中の静岡市静岡医師会の話である。
- ・非常に大きな静岡市だが、人が住んでいるのはほとんど南部に集中している。
- ・静岡市の医療機関の数は、静岡市全体は一般診療所が全国平均並、病院の方は全国平均より若干少ない。在宅療養支援診療所、在宅医療を提供しているところが、静岡市全体は全国平均よりは高めである。
- ・それを葵区、駿河区、清水区に分けると、かなり差が出ており、葵区は診療所が多く、清水区は少ない。これを医師会別に見ると、静岡市医師会の圏域はやはり全国平均より多くて、清水圏域が少ない。病院も清水の方がかなり少ない。在宅療養支援診療所は、静岡医師会の方が多い。これは次に説明する在宅医療支援システムを構築したことによる。

1. 在宅医療支援システムについて

- ・平成 8 年から平成 10 年にかかりつけ医の推進モデル事業を使い、静岡医師会が在宅医療を進める上での問題点と、病診連携を推進する、そして地域におけるかかりつけ医のあり方を見直す、といったことで市民アンケートを行った。
- ・そのアンケートの問いで、家族の負担、夜間・休日の対応と、病状悪化時の 3 つ、約 66%が在宅医療における不安であるという結果が出た。これはその後、平成 20 年頃に厚労省が行ったアンケートでも、同じようなデータであった。
- ・静岡医師会においては、患者や家族、在宅医療を提供している我々医師や看護師の安心や負担軽減のため、そして、この在宅医療を支える連携病院、救急搬送する救急隊の負担軽減を目的に、このシステムの構築を考えた。特に、自宅で亡くなりたい方はどう 24 時間対応するか、病院で亡くなりたい方あるいは急変して入院を希望される方はどう 24 時間対応するか、解決方法を模索した。
- ・まずは看取り支援に限定しようということで、開業医同士の連携で行う、在宅看取りオンコール当番医システムを構築した。看取りの時に、普通は主治医に連絡するが、もし連絡がつかなかった場合は家族が救急車を呼ぶ、救急隊は心肺停止状態の場合は搬送せず警察を呼ぶ、あるいは家族が警察を呼ぶ。このような状況を避けるための診療所連携である。
- ・もう 1 つは、急変時に希望する病院に搬送してもらうための、在宅医療における病診連携システムである。在宅医療になる方はほとんど、元々病院に入院して、何かあったときの搬送先として、やはり入院していた病院を希望する。静岡は 5 つの病院による 2 次救急の輪番制なので、急変したときに希望する病院に行けない状況があるが、それを行けるようにしたいという対応である。

- ・平成 10 年に開業医同士の連携で行う看取りのためのオンコール当番医システム、グリーンカードシステム、そして平成 12 年に在宅医療における救急搬送の時の、イエローカードシステムを作った。
- ・そして平成 18 年に在宅療養支援診療所の制度ができたので、グリーンカード、イエローカードを、この在宅療養支援診療所の方に対応させて行きたいということで、その要件を満たすシステムにした。
- ・在宅療養支援診療所の要件は、特に 24 時間の往診可能な体制の確保と、訪問看護師との連携、救急受け入れをする入院体制の確保が主なものである。
- ・24 時間の往診と救急搬送に関しては、看取りの時にできていたが、訪問看護との連携ができなかったので、訪問看護ステーションにも声掛けをした。ところが訪問看護ステーションはバラバラにやっていたので、これを機会に連携の協議会を作っていただいた。この訪問看護ステーションとの対応が、その後の多職種連携、地域包括ケアシステムの構築に、非常に有益なものになったと。
- ・平成 18 年に在宅療養支援診療所の制度に対応するシルバーカードシステムを構築した。往診を含めた、幅広い連携のための病診看護の連携である。
- ・グリーンカードは、患者さんが看取りの状態になった時に、かかりつけ医に電話してほとんどは対応できているが、稀に学会に行っているなど、すぐに行けない場合に、消防に連絡すると当番表に基づいて在宅当番医のところに連絡し、オンコールの先生が往診して看取るというシステムである。
- ・イエローカードは同じように、急変時にかかりつけ医と連絡が取れない、あるいはかかりつけ医が、すぐに救急搬送した方がいいと判断した時に、患者さんが消防の方に連絡して、イエローカードの登録患者であることを伝え、消防の方から指定病院に連絡をして許可を頂いて、イエローカードを持って搬送するシステムである。シルバーカードは、それらのシステムに、訪問看護ステーションの連携を加えたものである。
- ・実際のグリーンカード、イエローカード、シルバーカードでは、在宅患者のサマリーカルテを作っておき、これを見て患者さんの病状がどうであったかを共有できる形にしている。
- ・現在の当番回数は、平日が 5 か月に 2 回ぐらい、土曜日が 1 年に 1 回、休日が半年に 1 回で、それぞれ平日サイクル、土曜日サイクル、休日サイクルを作っており、年間大体 1 人 7 回ぐらいはオンコールをやっている。ただし 70 歳以上の先生は、当番免除でこのシステムを使える形にしている。
- ・登録診療所の数は、平成 19 年のスタートからほとんど変わらず、利用医師数の数が少し減ってきている。訪問看護ステーションは、平成 24 年に盛んにできて数が増えている。受け入れ病院は変わっていない。
- ・イエローカードの登録医師数と患者の数だが、亡くなったり、あるいは施設に入ったりして、連携システムには登録しているが、患者さんが利用していない医師が増え続けている。
- ・登録患者数も、同様に少しずつ減ってきている。搬送患者も年間の搬送者がかなり

減ってきている状況である。

- ・グリーンカード、看取りの方も同じような状況である。
- ・シルバーカードは元々ほとんど使われていない。
- ・現状、在宅安心連携システムは、新規開業医や医療機関の参加が増えなかったり、患者が減っている。更に紙で共有するよりも、ICTで共有した方が非常に便利だということでICTシステム活用を実施したが、ICTの活用も少ない。
- ・このような状況で、現在この在宅安心連携システムは必要なのか何度も議論するが、少なくとも参加の辞退がない。一度登録した先生はずっと登録したまま、患者を登録しないでも参加はしている。そして当番を断らない。さらに、細々ながら新規で入ってくる先生もいるので、セーフティーネットとしての存在意義があるのだろうということで、医師会として運用を継続している。
- ・現在、居宅の患者だけに限定しているが、以前から施設患者も登録させてほしいという意見が出ている。しかし、登録する方針の医療機関と、そうでない医療機関の不平等があるので、そこをどうするか難しく、現在そこは支援できていない。今後は、在宅専門クリニックもかなり増えてきたので、このような要望に応える新たなグループ制を検討しようということだったがコロナに入り頓挫している。今後また改めて検討していく。

2. 救急搬送時の情報提供シートと患者基本情報シートの作成について

- ・これは平成26年度の医療連携体制推進事業というものを静岡県から受託して、その中で静岡医師会は、この病診連携、在宅医療連携の中で、特に需要の急増している施設系在宅なども含めた、介護事業との連携を目指すことを目的として分科会を設けた。そこに色々な職能団体の方々に入っていて3つのテーマで分科会を行った。
- ・この分科会で、「施設入所の病状急変時に入居並びに入所施設から救急受診する際に、医師からの情報提供が少ないことと、家族や介護者の同伴がないので救急現場は混乱している。救急医の疲弊を招き、また延命を含めた治療方針に関する家族の意向の確認が不十分なことが多く、不必要な医療資源の投入が行われている。救急治療の後、急性期病態から回復したものの、ADLの低下での施設に入れにくい。したがって入院が長期化している」という意見が出され、解決できないか協議を行った。
- ・入居並びに入所施設の主治医機能をより強化するため、まず主治医がしっかりとということと、救急受診時には医師の情報提供書、もしくはあらかじめそれに準じた情報提供書を持参するというルールを作った。更に病状急変時の延命並びに治療方針に関しての意向を確認して、救急受診時の情報提供を受けましょう、そして退院施設の方もちゃんと受け入れるようにしましょうということを決めて、周知するようにした。
- ・そして新たに救急搬送時の情報共有シート、それから患者基本情報シートを作成し、これを消防隊、他の職能団体、介護施設に周知し、さらに静岡市のホームページに掲載していただき、このシートの活用を図った。

- ・救急搬送時の情報共有シートというものと、患者基本情報シート、ここには ACP に関しても記載していただき、それぞれの患者さんについて作っておいて、それを救急搬送が必要な時には救急隊に渡すように周知活動を行った。

3. 救急医療における病診連携

- ・「救急医療を考える会」は静岡市内の輪番制の 2 次救急当番病院と、静岡医師会の救急医療委員会の担当理事との間で、救急医療における病診連携の現状について意見交換をしようというものである。当初は病院医師、診療所医師だけで話をしていましたが、どうしても救急隊や静岡市行政に入ってもらわないと解決できない問題があるので、参加を呼び掛けるようにした。コロナに入って少し中断している。
- ・協議された内容の多くは、救急患者を紹介する際の連絡方法や、病院内での対応、診療所から救急患者を病院へ依頼する際に、病院が受け入れる体制についてもまとめ、それを診療所に周知し、分かった上で依頼を行って下さいとお伝えした。特に患者を 2 次救急に紹介する際に、外科当番か内科当番か悩むケースがあったので、ある程度「この疾患、この病態は内科、外科」ということを決め、会員の診療所並びに病院に周知して、患者さんを外科に送ったら「外科ではない」、内科に送ったら「内科ではない」のようなやり取りのロスを減らそうということで決めた。
- ・また救急搬送の場合、搬送先に紹介状の FAX をする前に電話を必ず入れるようにして、紹介状を送るだけではダメとはっきりさせて、現場の混乱を避けるようにした。
- ・現場レベルでの救急医療に関する情報共有や、意見交換ができる場を設置したことが、非常に有益だったのではないかと思います。実際にそこで協議される内容も、一つ一つ救急現場の混乱を解決する結果に繋がっている。

4. 心肺蘇生を望まない傷病者への救急隊の対応と心肺蘇生等に関する医師の指示書の作成について

- ・平成 29 年 3 月に、日本臨床救急医学会からこのような提言がなされて、令和 2 年 3 月、静岡県のメディカルコントロール協議会から、各地域のメディカルコントロール協議会長宛に通知が発出された。私は静岡市静岡医師会の会長と、静岡地域メディカルコントロール協議会の会長も兼ねていたのでルールの作成に携わった。
- ・病院の先生にルールや指示書を作っていただき協議をして、作っただけではだめということで、まず静岡市静岡・清水の両医師会の在宅医療に携わる人たちに説明をした。更に警察の方に説明して、新聞紙上において市民に周知をした。
- ・実際これはどのくらい使われているのか、メディカルコントロール協議会の方から医師会にアンケートしたところ、実際はほとんど現状使われていない。理由は十分に ACP ができているので、今更これをやる必要がないという意見が結構あった。そういう意味では、在宅医療における心肺蘇生に関しては問題ないとは思いますが、中には家族が慌てて呼んでしまったという意見が救急隊からあるので、もう少し両医師会の会員の先生に、セーフティーネットという形で出していきたいと周知する活動を、今年度から行う予定である。

5. ICT 情報共有システムの「シズケア*かけはし」を利用した救急医療支援について

- ・最後に、ICT の情報共有システム「シズケア*かけはし」を利用した救急医療支援についてである。静岡県医師会はこの在宅医療対応型の情報共有システムを平成 23 年に立ち上げ、その後何度かシステムの見直し、バージョンアップを繰り返しており、平成 28 年度からは介護分野も含む「地域包括ケア対応型」のモデルチェンジをした。
- ・当初は在宅医療限定だったが、色々な施設サービスの共有、医療従事者だけでなく介護従事者だけで見ると、見守り用など、地域包括ケアシステムに対応したものにバージョンアップしているが、救急搬送にも利用できるようにした。
- ・「シズケア*かけはし」の機能に「救急搬送（救急かけはし）」を入れた中で、多職種による情報共有による救急医療支援は、情報共有システムを利用したものだが、発想のきっかけは「救急医療情報キット」で、冷蔵庫などに置いておく紙媒体のものを、ウェブ媒体でできないかということだった。
- ・この機能は画面で共有ができ、救急隊が見ることができる。的確な情報を病院の方に送ることで、電話だけでは得られない心電図や患者の写真などを見ることができ、搬送先でよりの確に素早く対応できる効果を期待している。
- ・患者の登録は、静岡市の住民を中心に、多くの人を登録をお願いしているが、なかなか動かず、現状は介護施設あるいは入所施設からの救急搬送に対応すべく、施設に積極的に情報を入れて、使っていただこうとしている。
- ・実はこれは行政が救急車に「シズケア*かけはし」の情報を見られるタブレットを入れなくてはならないため、ある程度の初期投資が必要になる。これをお願いすべく、静岡地域メディカルコントロール協議会において実証実験を行った。そこで有効性をデータとして確認し、それを元に静岡市の方に改めて各救急車にタブレットを入れていただく要望をしている。
- ・静岡市静岡医師会も静岡市に対して正式に、このような結果が出ているので、ぜひ救急かけはしを入れて欲しいという要望をした。
- ・「地域包括ケアシステムの救急医療」ということだが、地域包括ケアシステムの中心は、やはり病病連携、病診連携、診診連携がまず中心にあり、その周囲に医療介護連携、介護連携があって、その外側に地域社会連携がある。
- ・地域包括ケアシステムを構築する責務は行政にあるが、実質そのパーツを構築するのは医師会をはじめとした職能団体である。行政はできあがったパーツを繋ぎ合わせたり、集約・周知して、その運営を支援する。
- ・地域包括ケアシステムを構築するための基本として、役割の異なる者同士の役割分担や、連携に関する協議の場が必要である。それが無ければできていかないし、そのファシリテーションをするのは、やはり医師会だと感じている。

【質疑応答】

Q: ACP について、「もうできているからいい」と言う先生と、実際に救急隊が行って見たら上手く行っていないという乖離があるという話があったが。

A:実際にそういう情報はMC協議会の方や、医師会の会員からも聞いているので、あるという実態は確認している。会員の先生方にこれを利用していただかないと、救急隊の負担は減らないと思う。逆にそれを通して、ACP というものをもっと普及していただく必要があるだろうと感じている。

ACP は仰々しく皆さんが集まって会議的にやるものではないだろうと思っている。診療のたびに確認をし、色々な人に聞いて、何度も同じ事を言えば同じだろうし、時々変われば、変わったら変わったで、また次回行ったときに確認して、その都度、診療の合間にポロポロとACPについて確認の言葉を投げかけるといったことである。潜在意識に入れるような形で、外来のときからやっていたら、自然に固まっていくのではないのかなと思う。

Q:イエローカード、グリーンカードを使うケースが段々少なくなっているとのことだが、かかりつけの先生が頑張っているので、わざわざ使わないで済むのか、あるいは別の原因なのか。

A:これを使っている診療所の先生は、細々と在宅医療をやっている先生である。その在宅医療の患者の数が、それほど増えていないのではないか。在宅専門のクリニックは、このシステムに入らずにやっている。

もう1つは、やはり居宅在宅が増えておらず、施設在宅が増えている。グリーンカード、イエローカードは施設在宅には対応していない。

また、訪問看護ステーションとの連携で、かなりカバーをしてくれている。訪問看護師からの連絡や、訪問看護師が入ることで、グリーンカード、イエローカードを入れなくても情報が共有できると同時に、出動できるあるいは病院への搬送などができる。逆にこれに登録すると色々と書類があるので、単に面倒なのではないかということが、色々な話を聞いて分かってきている。

Q: 葵カードシステムとは、どういう関係にあるのか。

A:葵カードは、静岡県立総合病院と医師会との連携のカードで、もう1つ静岡市立病院とのオレンジカードがある。これは、外来通院患者の病診連携として、病院から診療所に患者を逆紹介した時に、「何かあればうちの病院に来ていい」という手形として発行している。外来通院している患者が急変して困った時にオレンジカード、葵カードを示すと、それぞれの病院に搬送を行う。

Q:救急隊も含めた協議会を作ったと伺ったが、その中で救急隊の方から、ACP等に関する意見・質問などは無かったか。

A:ACPの部分に関してはかなり意見が割れた。会員からはここはあまり入れて欲しくないという意見を言われた。ところが救急隊は入れてほしい、これがないと困るということで、かなりそこは意見が割れた。

Q:介護施設の搬送事例について、どの地域でもお困りなのだと思う。施設によって、

入所者を急変時に搬送するかどうかの意向伺いを、入所時に揃えているところと、未整備のところがある。

私が診ている特養では、入所時のフォーマットがあって「急変時に搬送を希望します/しません」と選ばせている。それが基本にあって、途中で私と面談をして「看取り同意書」というものを交わす。同意した方は急変しても搬送しないで、私が行って看取るという 2 段階で書類を固めている。施設内でフォーマットを作ることが、無駄な救急搬送あるいは搬送トラブルを防ぐために必要だと思う。

一番困っているのは、その介護施設の中の医療について指揮を執るところがないことである。県では介護施設は高齢福祉課、医療のことは医療課となっていて、介護施設の中の医療を論じる場所がない。その指揮権をとれるのは厚労省だけかと思う。県のレベルだと、両局でそれぞれ口出ししないでやっちゃっていることが、ずっと繰り返されている。その辺りのことを厚労省に意見できるのは日本医師会しかないので、救急搬送のことを踏まえた、介護施設の運営という視点で主張すべきではないか。

A: 第 7 波、第 8 波の時に、静岡医師会は積極的に会員の先生方に、「診察して検査したコロナの患者さんに関しては、自宅療養のための電話での観察をして下さい」とお願いした。

その結果、メディカルコントロール協議会連絡会のデータで、静岡地域メディカルコントロール協議会における救急搬送困難事例が、同程度の人口の都市と比べて 1 桁少なく、全国から問い合わせが多かったという報告を受けた。

実際に調べたところ、確かに搬送困難事例は 10 分の 1 位だった。また、浜松市と静岡市は人口 78 万と 68 万で同じくらいだが、救急要請の電話の数が、静岡市は浜松市の 3 分の 1 だった。更に厚労省のデータで、自宅療養の電話の数は、静岡市は浜松市の 10 倍以上だった。おそらく感染した患者さんに、事前に定期的に電話で確認することで、患者さんが安心して救急搬送を呼ばなかったことが推察された。救急隊の方からは、大変助かったという声が来ている。

- 一方病院の方も、静岡ではコロナ当番ということで輪番制を作っているが、第 1 当番、第 2 当番、第 3 当番のように、1 つ目が受け入れなかった時は 2 つ目が受け入れる形にして、受け入れ体制も少し柔軟性を持った形にした。その辺りが搬送困難事例並びに搬送要請数が少なかった理由という分析をしている。

④ 沖縄県医師会副会長 田名 毅 先生

「介護施設と消防救急隊員の連携について～那覇市医師会の取り組み～」

◆講演概要

- ・私は沖縄県医師会の仕事とともに、郡市区医師会である那覇市医師会の仕事もしており、介護施設と消防の連携について、担当している先生方の取り組みを日頃から理事会で聞いていたので、これを機会にまとめていただいた。
- ・那覇市医師会は、2017年に介護保険制度の改正により、新たに在宅医療・介護連携推進事業が創設された際に、那覇市からの委託を受けた、「那覇市在宅医療・介護連携支援センター ちゅいしーじー那覇」の運用を開始した。
- ・いわゆる地域包括支援センターの1つのような位置づけである。「ちゅいしーじー」というのは沖縄の方言で、「互いに助け合う」という意味である。これは医療と介護の両方を必要とする高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるような「在宅医療」と「介護サービス」を一体的に提供するため、関係医療機関、介護サービス事業所などが、関係者間の連携推進を目的として立ち上がった委員会である。
- ・専従職員は、コーディネーター3名で保健師、介護支援専門員、社会福祉士、あと事務1人で、4人が専ら那覇市医師会の中にある健診センターで、この部門を担っている。
- ・また那覇市医師会の特徴は、理事者15名のうち、在宅医療を中心に診療を行っている理事が3名もおり、この支援事業、支援センターに多大なる協力と貢献をしてくれている。また担当の私と、もう1人の担当副会長も、在宅医療をしているので、この4人が事業の推進役をしている。

1. 『那覇市版 緊急連携シート』の作成

- ・1番目は、救急搬送された際の「連携シート」の那覇市版である「那覇市版緊急連携シート」の作成だが、課題として以下のようなことがある。
 - ①救急要請に基づく消防隊の到着時および搬送先の救急医療の現場において、DNARの意向が不明瞭で対応に苦慮している。
 - ②かかりつけ医が不明瞭または連絡が取れない。
 - ③緊急連絡先、いわゆる家族等だと思いますが、不明瞭な場合。
 - ④本人の医療情報等が不明瞭な場合。
 - ⑤介護関連施設からの救急搬送の際に、医療機関への引き継ぎがスムーズに行えていない場合がある。
 - ⑥既存の情報シートは、消防局作成や社会福祉協議会作成などがあつたが、なかなかこれがうまく運用されていない。
 - ⑦情報シートを常に最新の状態にするためには、どのように更新していくと良いのか。
 - ⑧救急搬送時のみならず、災害にも活用できないか。
- ・これらへの対応として、DMATの沖縄県の中心にいる佐々木秀章先生を指しているが、

「救急病院の医師」、「那覇市消防局」「那覇市社会福祉協議会」そして、私たちの「ちゅいしーじー那覇」の4者で協議を重ねている。

- ・普及や更新等の課題があったため、これを地域住民用、施設用で分けずに統一して、幅広く連携シートを啓発、利用してもらえないかと考えている。
- ・内容として、まずは主な特徴だが、地域住民・施設向けを統一したため、表面には施設名や住所等が記入できる項目を追加している。また、かかりつけ医のみならず協力医療機関、利用中の訪問看護ステーション・居宅介護支援事業所が分かるように記載できる。また食事の項目に関しては、災害時の避難所等の選定や支援に必要なるので、細かい食事形態も掲載している。
- ・裏面には、「本人及び家族の意思確認」、ACP や DNAR に関する事、それを話し合った内容等を記載できるようにしている。更新をどのタイミングでやるかは非常に難しいというか、常に意識して行っていないといけないことなので、この辺りは継続課題になっている。
- ・救急隊は、救急要請があると救急業務を行わなければならないという、鉄則・原則があるので、「救急車を要請した場合は、心肺蘇生法を行いながら医療機関へ搬送することとなります。」と、送る側はしっかり理解して対応して下さいということで書いている。
- ・また救急要請時に、意識レベルをはじめバイタル等があれば、救急車を呼ぶときや搬送時に役立つので、書ける範囲でということで、施設の職員が記載できるようになっている。
- ・この必要性に関して住民・かかりつけ医向けにチラシを作成している。かかりつけ医用では、先ほどの ACP のことや、救急搬送する際は心肺蘇生を行うということ等を書いてある。住民の方々向けのパンフレットも作っていて、日頃から通院中の患者さんに渡したりできるようになるといいと考えている。
- ・普及の啓発方法としては、沖縄県那覇市では社会福祉協議会が元々、緊急医療情報キットという、冷蔵庫の中にエアシューターに入れるような入れ物を入れて、その中に緊急情報を入れておくというものをやっているの、この中身を私達の「連携シート」に変えてもらうようお願いしている。また那覇市医師会では、これを介護関連施設等に配って活用するようお願いしている。

2. 那覇市消防局提供「介護関連施設からの救急搬送調査」にもとづく ACP 普及啓発活動

- ・那覇市消防局が行った「介護関連施設からの救急搬送調査」に基づく ACP の普及啓発活動だが、那覇市消防局は平成 31 年から令和元年までの間に「介護施設からの救急搬送件数」を分析しており、突出して救急搬送の多かった高齢者介護施設に、ACP の出前講座を行っている。その内容は、消防局が作成した「救急受診の判断と連携」についてである。
- ・「救急受診の判断と連携」では、日頃から訪問診療、訪問看護の医療サービスと連携することによって、「不必要な救急搬送を予防することになる」と最初に明言している。以下、救急隊が介護施設に行った出前講座の内容である。

- ①訪問看護を導入することで、救急車を呼ぶ状況等を抑制すると同時に、適切な救急搬送の判断にも繋がるので、特に入退院を繰り返すような方の場合には、訪問看護の導入を検討しましょうと施設側に伝えている。これは施設で配置されている看護師とは役割が違うので、「看護師が関わっているから大丈夫」ではなく、訪問看護の方々と関わりを持つことを訴えている。
- ② 施設スタッフが日頃から医療者と、急変時のことについて相談できる環境を作る。
- ③ 日中のうちに体調の変化があるときは、夜になって施設から救急搬送するのではなく、昼間のうちにかかりつけの外来の先生に連絡、相談しておく。
- ④ 普段からの情報共有。特に最近、私の患者さんでも、腎機能が徐々に悪くなってきて、頻繁に日中外来に来るような方がいた。私も近いうちに入院になることは予測できたが、そういう場合は担当のケアマネと今後のことを早めに相談しておくようにすることで、夜間の救急搬送などを防げると思う。
- ⑤ 本人のサービス関係者の連絡表を作成しておく。
- ⑥ DNAR の意思のある利用者については、そこに関する共通認識をしっかりとって対応する。
- ⑦ 救急車は限られた資源なので、必要に応じた適正な利用を心がけましょう、と施設スタッフに説明している。

3. コロナ禍における介護施設からの（過剰な）救急搬送を回避するための取組み

- ・コロナ禍は、医療と介護の連携が促進されたと思うが、その中でも介護施設からの過剰な救急搬送を回避するために行った取組みを紹介する。
- 1) 介護施設向け研修会
 - ・「ちむぐくルール説明会および新型コロナウイルス感染症の第2波の現場対応について」ということで、「ちむぐくる」というのは、心からの思いやりという沖縄の方言だが、看護師が中心となって、感染対策の看護師そして救急医、保健所等の方々に、救急受診の判断と連携、緊急時連携シートについて講演会を行った。このときは37名の参加があり23施設が参加している。
 - ・2回目はそれから1年ほどしてから行った。「“新型コロナウイルス感染症第6波の備え及びちむぐくルール”の研修会」として、各担当部署の連携について話し合いながら、救急受診の判断等を広報する。もうこの頃になると、コロナ禍から時間が経っていて関心が非常に高く、49施設、86名の参加があった。
 - 2) 有料老人ホーム向け感染対策助言訪問
 - ・これは発生を予防することで消防の逼迫を減らすことが目的で、令和2年には39施設に感染管理認定看護師が直接1人で出向いていき、それぞれの施設に感染対策について、助言指導アドバイス等を行っている。このうち36施設に看護協会が回っていて、3施設で病院の協力もあった。
 - ・同じく令和2年10月から1ヶ月ほど24施設に行った。那覇市医師会の担当理事の1人の嘉数朗理事が出向いて、同じような形で助言等を行った。
 - ・これまで介護施設に対するこのような取組みは、なかなか無かったと思うが、コ

コロナの感染に対応するという大きな目的に対して、介護施設と医療団体・看護団体が協力したという事業になる。

3) 介護施設への新型コロナワクチン巡回接種

- ・ほぼ那覇市内を網羅するような形で、那覇市医師会の先生方が手分けして各施設に出向いてワクチン接種を行った。

4. With コロナにおける介護施設と消防との連携

- ・有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅等を対象に、ACP および「緊急連携シート」の普及活動として、人生会議セミナー（ACP セミナー）を開催している。目的は、本人・家族の希望があれば、ACP を話し合える土壌を作る、「緊急連携シート」を活用することによって、施設、医療機関、消防局との連携を強化していくことである。これを、那覇市内を4つの地域に分けて、4回開催した。大事なことは消防局の方にも参加していただいたことである。
- ・具体的な内容としては、訪問診療医の ACP の基本的な内容や、訪問看護師による現場の実践を通じた ACP の取り組み、また高齢者施設からも、実践している ACP・看取りについて発表してもらい、グループワークも行った。また、那覇市消防局の方にも登壇してもらい、適切な救急要請と、救急要請された際の救急隊の活動について、連携シート等の話をしてもらった。
- ・それぞれ40～50名位の参加があったので、それぞれの地域に幅広く情報提供し、啓発に繋がっているのではないかと考えている。講師としては、医師、訪問看護師、有料老人ホームの施設長、救急科の職員、救急医が登壇している。
- ・グループワークでは、なるべく職種が異なるように組んで、普段聞きにくいことを聞ける。医師同士もそうだが、このような顔の見えるグループワークでは、非常に良い意味で色々な本音が聞けて情報交換になると考えている。
- ・最後の集合写真に保健所長も参加している。やはりこれからは行政、介護系、医療系が一体となった取り組みが重要になってくると思う。

5. 効果の検証

- ・事業の効果の検証として、介護施設からの救急搬送について、これだけ色々な啓発を行った中で、搬送件数がどうなっているか、消防局の方にデータを見ていただくように検討中である。
- ・また連携シートの活用状況に関して、やはりコロナの状況もあって確認が不十分であったことや、更新がなかなかできていなかったことも課題として挙がっている。今後は普及活動の強化を行うことと、いわゆる在宅医療や介護のどの場でもしっかり利用してもらえるように、場所を考えて普及していくことが重要性である。
- ・人生会議セミナーの評価だが、参加した施設に行く在宅医の先生方から聞くと、セミナーに参加したことでその施設の雰囲気が変わり出したという話があった。ただセミナーに参加していない施設もまだあるのと、セミナーに参加した施設でも職員もどんどん入れ替わるので、学んでもらったことを維持していくことが必要である。

- ・また参加できなかったところと、こういった ACP を話すときに在宅医がしっかり関わっている施設と、そうでない施設で、かなり温度差があるというのが、中心として担っている喜納理事からのコメントである。医療と疎遠になりがちな介護施設に、どう医療が関わっていくかは、大変重要な問題と感じている。
- ・連携シートに関しては、これからも普及に取り組んでいく。やはり医師の理解も大事で、かかりつけ医が連携シートについて理解を持たれていない。実際私もこの発表に当たって、救急搬送が起こりそうな患者さん、また自宅から通っている方々にも、連携シートを渡していくことは重要だと再認識している。これは医師会の中で、今後広報活動に取り組んでいきたい。
- ・あと更新をどのようにして行うかは、大変重要かと思う。また災害時に活用できないかということも、今後私も一緒になって取り組んでいきたい。

6. 今後の取組み

- ・「介護関連施設からの救急搬送件数」の分析と検証で、まだそういった搬送を多くお願いしている施設には、出前講座を継続していきたいのと、関係している方々への連携シートの普及、更新の方法を考えていきたい。
- ・沖縄県の他のエリアで消防と介護施設、救急外来が、インターネットで繋がって連携するという DX の取り組みをしている地域があるようで、那覇市医師会の今回の資料をお見せしたところ、是非協力したいと言ってきてくれている。実際担当している 2 人の理事も、ここから先の連携シートの更新や促進においては、やはり DX が重要だということである。

【質疑応答】

Q: 入所介護施設の入居者の方々の、医療の質や介入をどうするのか示したものがない。入所介護施設を認可している部局は、申請してきたら認可をするだけで、医療は別ということで、その中の医療の質については一切論じない。

しかし実際には、入所介護施設の中におられるお年寄りも多く、コロナでも最初は病院で治療をするように言ってきたが、途中からは介護施設の中で治療するようになってきた。入所介護施設中で医療を実践することも既に求めている。入所介護施設の中における医療の質について、どういうことを求めてどこまでやるかを管理、監督、運用するという基軸がないのが、根本の問題だと思う。沖縄県においてそういう行政の取り組みは、どのような状況か教えて頂きたい。

A: おっしゃるように部局が分かれていて、今回のコロナ禍では連携を取るために、保健医療部だけでは解決しないと思った時は、生活福祉部の方々にも来ていただき、介護施設にどうワクチンを普及させるか、もしくはどう unnecessary な救急搬送を減らしていくか等について一緒になって話し合い、連絡をするときは保健医療部のみならず、生活福祉部からも各施設に指導していただいた。

ただ先生がおっしゃるように、医療の質の担保は、元々の部局が違っているので、沖縄県でもそれぞれのかかりつけ医や施設管理に委ねられているところがあり、し

かも医師があまり入っていない施設もあり、そういうところほど不必要な救急搬送が増えがちである。今回の私達のやっているような、救急搬送の多い施設をあぶり出しながら、どんどん介入していくプッシュ型の方法で、施設管理者の考え方を変えていくことができれば、なかなか相容れない医療と介護の壁を乗り越えていくことに繋がるのではと考えている。

Q:緊急連携シートに「かかりつけの先生」という項目があるが、具体的にここに名前を書く場合、その先生に承諾を得てから書くとか、そのようなルールはあるのか。

A:かかりつけ医の定義を、確かに医師会も介護施設まで含めて、全てに十分伝達できているかという、まだ足りない部分はあるかと思う。ただ、一般的には、私も内科医として施設から外出したり、自宅から通ったりして、生活習慣病の薬などを出している高齢者に関しては、かかりつけ医の気持ちで診ているので、かかりつけ医と言われて抵抗感を持つ医師は少ないと思う。

ただ、やはり医師側も、そういった施設の人にちゃんと責任を持つという自覚を持つためにも、医師会を通して連携シートの普及をしながら、「かかりつけ医として頑張ってください」と先生方に広報していきたいと思う。

Q:ACP のすぐ下に DNAR が書いてあるが混同される心配はないか。一般の方がすぐに結び付けて、DNAR が ACP だと考えられても困るかと思ったが、そういう疑問を呈された参加者はいなかったか。

A:確かに大事な点で、先生がおっしゃったように、ACP が DNAR だと思われてはまずいので、ご指摘感謝したい。担当の理事にも伝えておきたい。

【委員意見】

- ・おそらく消防とのコラボで仕事を進めてきたことが背景にあると思う。消防としては、蘇生をするのか、しないのか決めて欲しいという視点で作業をする。
- ・入所介護施設にいる方々の生き方をどうするのが ACP の話であるので、本質的に入所介護施設の中の医療をどうするかに踏み込まないとだめだが、このマネジメントに消防が全面的に入ると、どうしても蘇生の有無という論点が重たくなってしまふ。こういった取り組みをするときには、私達、医療関係者が、皆様に誤解がないようにお話する必要があるかと思う。
- ・ACP は医師と患者さん、ご家族あるいはケアマネージャーで、ずっと歩み続けていく道のりが全てである。「今の状態がこうである、今の状態がこうである」という積み重ねの中で「ではどうするか」という話であって、いきなり最初に「死ぬときはこういうふうにするぞ」と決めておくとか、そういう極端なことが ACP の推進だという勘違いがないように、私たちも取り込まないといけない。日々私達が患者さんと対面し、ご家族と同席をし、病気のこと、患者さんのご自身の人生のことを語り合っていく歩みそのものが ACP の実践であるので、誤解が無いように説明していく責任が私達にはあると思う。

結語として（久保田 毅 委員）

◆入所介護施設における医療の質を管理する基軸がない

消防と救急医療施設との間では、各地で定期的に症例検討やMCの検証などが継続されている。そのような場で、救急要請を受けて出動した消防職員が、心肺蘇生の継続、中止判断で問題が生じるのは、大部分が入所介護施設からの救急要請である、との説明を聞く事が多い。

入所介護施設の開設にあたっては、配置医師や協力医師の記載も含めて、開設者は所定の手順で県や市町村行政に認可申請を出し、その内容が認められれば運営が始まる。しかし、認可した介護行政は、そこで勤務する医療の事は管理しない。医療、医師については、医師が所属して登録されている県の保健医療部局が管理しているからである。入所介護施設における医療の質を、入所介護施設の運営とともに管理監督して医療の質を確保するための基軸がないのである。この4年間の新型コロナウイルス感染症への対応においても、入所介護施設内で発生した患者をどうするか、厚労省から文書で示された。当初は全例病院で治療する、というもので、途中からは施設内で治療する、というものである。その時にも、入所介護施設内の医療は、誰がどう担うのか、さんざん問題になっていたはずであるが、根本的対応の姿勢は未だみられない。都道府県保健医療行政部局も介護老人保健部局も、霞ヶ関の厚労省担当局からの指揮で業務にあたっているので、厚労省内で両局が「入所介護施設の医療の質」をどうするのか結論を出して、この問題について都道府県行政の指揮をとってもらいたい。そして、厚労省と協議できるのは「日本医師会」だけであるから、この問題については「日本医師会」から厚労省に働きかけていくよう要望する。

VI. 救急災害医療対策委員会

「次世代の災害医療」に関する活動報告書

令和6年6月

はじめに

我が国には世界の約 1 割にもものぼる活火山が集中しており、国土に占める山地・丘陵地の広さと急勾配の河川、地球温暖化による気候変動と大雨や短時間強雨の増加など、多様な国土条件のもとで数多くの自然災害が発生してきた。従来、災害医療は災害の発生後にオペレーションを開始してきたが、災害発生を早期に予測・通知するシステムや災害発生のリスクを事前に把握できる手段など、近年の技術発展は「災害の発生前に災害医療を始動させる」という新しいコンセプトを相当程度の蓋然性をもって期待し得る状況にあると言える。

このことを踏まえて日本医師会救急災害医療対策委員会では、過去の事例から学び、どのように災害医療の作動点を前倒すことができるか、さらに未来のまちづくりはどうあるべきか、わが国の災害との向き合い方はどうあるべきかについて、広く国民的な議論を促す機会の創出に取り組んできた。

令和 5 年 9 月には、同年 6 月に発生した愛知県豊川市の大雨・浸水災害について有識者や関係省庁担当者の参加を得て現地で検証を行った。気象庁や国土交通省が発災前から多くの有益な防災・減災情報を発信していることを認識し、医療機関等でどのように利活用するか学びと議論が生まれた。令和 6 年 6 月には、この検証で得られた学びを広く全国の医療従事者に周知するとともに、災害時にも命と健康が守られる未来のまち創りと、医療防災領域におけるイノベーションとスタートアップの推進を目指して、日本医師会シンポジウム「次世代の災害医療」を開催した。これらの成果および開催概要について以下に報告する。

1. 豊川市の視察及び豊川市医師会・愛知県医師会との意見交換を伴う移動委員会

(第 4 回救急災害医療対策委員会)

(1) 目的

令和 5 年 6 月豪雨による災害から学びを得ることで全国の医師会や医療機関の風水害対策に資する教訓を導くとともに、次世代の災害対策に向けたイノベーションの一

翼を担うこと。

(2) 参加者 (web ハイブリッド方式)

救急災害医療対策委員会委員、日本医師会常任理事 (委員会担当)、豊川市医師会、愛知県医師会、国土交通省水管理・国土保全局河川環境課、国土交通省中部地方整備局豊橋河川事務所、気象庁総務部企画課防災企画室、気象庁名古屋地方气象台、専門家 (芳村圭東京大学生産技術研究所教授、関山健京都大学大学院総合生存学館准教授、土屋信行リバーフロント研究所審議役)、ほか

(3) 委員会の内容

日時：2023年9月30日 (土) 15:00 開会、18:00 閉会

場所：医療法人宝美会 総合青山病院 会議室

進行：

ア 開会・日本医師会役員挨拶 (日本医師会・細川常任理事)

イ 豊川市医師会会長挨拶 (豊川氏医師会・後藤会長)

ウ 講演

①「豪雨・浸水被害を経験して」(総合青山病院/豊川市医師会・小森先生)

- ・令和5年6月2日～3日豪雨で被害を受けた総合青山病院の概要及び周辺環境
- ・病院浸水の被害状況と対応の時系列
- ・今回の災害で機能した点とうまくいかなかった点について

②「段階的にお知らせする気象庁の危機感」(気象庁・西潟様、名古屋地方气象台・鈴木様)

- ・気象庁の紹介と、災害情報の発信について
- ・危険度分布、ハザードマップ、キキクル等について
- ・令和5年6月豪雨の具体的な状況と、气象台、河川事務所、県や市の対応について

③「ハザードマップや避難気確保計画等について」(国土交通省・蘆屋様)

- ・洪水、氾濫、水害と豊川の歴史

- ・気候変動と水害対策
- ・ハザードマップと想定最大規模降雨による浸水想定区域
- ・避難確保計画と避難支援ツール

エ パネルディスカッション

パネリスト：豊川市医師会・小森先生、愛知県医師会・河村先生、国土交通省・蘆屋様、国土交通省・伊藤様、気象庁・西潟様、気象庁・鈴木様、東京大学・芳村先生、京都大学・関山先生、リバーフロント研究所・土屋先生、司会・山口委員長

オ 愛知県医師会挨拶（愛知県医師会・浅井副会長）

カ 閉会

（４）その他

以下の資料が参加者に共有された。

豊川市防災マップ 2023、豊川市洪水ハザードマップ 2023、災害に学ぶ—とよかわ防災史話—（豊川市防災センター）、令和5年6月2日（金）の豪雨による医療機関の被害状況調査結果、6月2日大雨による被害情報について（豊川市）、「病院浸水被害からの復活」（総合青山病院記事）

（５）所感

令和5年6月豪雨災害で被災した医療機関から、水害で病院が負う甚大な被害について貴重な実体験を指導いただいた。なかでも、床下配線の浸水やカビの発生に伴う施設設備の被害の経験は多くの医療機関にとって大いに参考になるものであった。また、災害時のリスクコミュニケーションに関する多くの課題も共有された。専門家からは、豪雨災害の詳細な時間経過に加えて、地域特性、気象情報の分析・発表に関する段階、ハザードマップやキキクルなどの被害予測とその活用方法など多角的な情報を提供いただいた。また、学識経験者からは今後の更なる災害発生に注意喚起がなされ、病院防災に関わる情報活用やBCPの知見も共有された。

2. 日本医師会シンポジウム「次世代の災害医療」

(令和6年度都道府県医師会災害医療担当理事連絡協議会)

(1) 目的

令和5年9月に愛知県豊川市で開催した同年6月の大雨災害の検証を通じて、医療機関が受けた被害の実際と気象庁、国土交通省等から発災前に得られかつ防災・減災上有益な情報が少なくないことを学んだ。この貴重な知見を共有するとともに、災害時にも命や健康を守る医療の継続性を担保するためには、医療を都市計画の段階から重要な柱の一つと位置付けて「未来のまち」を創生することが、特に災害の多いわが国において大切であることを確認し、さらに、国民が安心できる医療防災のイノベーションとスタートアップの推進の視点に立ち、金融を含めた社会資源をいかに投入するかという創意工夫を含めた広い視野での国民的議論につなげることを志向することを目標とした。

(2) 対象者

- ・ 都道府県医師会災害医療担当理事
- ・ 都道府県医師会、郡市区医師会関係者、医療関係団体関係者、医療従事者
- ・ 国、都道府県、市区町村行政関係者
- ・ 防災、経済界等の医療以外の様々な分野の関係者

※ほかにも、メディアや日本医師会 YouTube 等で広く国民に情報提供する

(3) シンポジウム概要

日 時： 2024年6月9日（日） 10:00～17:00

場 所： 日本医師会館 大講堂（WEBとのハイブリッド開催）

企 画： 救急災害医療対策委員会（山口芳裕委員長）

担 当： 茂松茂人副会長、細川秀一常任理事、黒瀬巖常任理事（地域医療課）

開会挨拶： 松本吉郎（日本医師会会長）

閉会挨拶： 茂松茂人（日本医師会副会長）

総合司会： 細川秀一（日本医師会常任理事）

（４）シンポジウム構成（三部）：

第一部 「災害を先取りする」

プランナー：救急災害医療対策委員会委員長 山口芳裕

- ・ これまでの、災害が起こってからオペレーションが始まる災害医療を、平時、災害が予測された時から作動させる新しいコンセプトを提案する。
- ・ 気象庁、国土交通省、水害の専門家から、気象情報や河川情報、ハザードマップなどの情報へのアクセスの方法や得られた情報の読み解き方を学ぶ

第二部 「医療の安全を包含した未来のまちづくり」

プランナー：東京大学 加藤 孝明教授

- ・ 科学的視点からの気候変動と国際的な動向
- ・ 都市計画の最も重要な柱の一つが医療という観点から、命を中心に据えたまちづくり
- ・ 現実的に日本でどう前に進められるか、その方向性を訴求する
- ・ 災害を乗り越えられる地域社会を創るという視点から、土地利用・災害時自立生活圏・地域社会との連携強化（地区防災計画）などについて議論する

第三部 「命をまもる社会の仕組みづくり」

プランナー：日本政策投資銀行 蛭間 芳樹氏

- ・ 次世代社会における医療・災害医療の“ありたい姿”を考える機会とする。
- ・ 平時も有事も医療には限界があり、災害時に救える命は限定的にもかかわらず、医療界に対しては過度な期待、信望が存在する。
- ・ 一方で、医療界は既得権益社会の象徴とも見られ、コロナ禍を契機にその既得

権益を加速させているようにとらえられている。

- ・ これまで築き上げてきた平時・有事の「医療」と「日本社会」の関係、ひいては国民ひとりひとり「私」の関係は、持続可能なのか。次世代のトップランナーと議論する。

(5) 開催プログラム (別紙参照)

(6) 特設サイト

<https://www.med.or.jp/people/jisedai-saigai/>



別紙： 開催プログラム

開会の辞

10:00-10:05 開会あいさつ

細川秀一 日本医師会常任理事

シンポジウムの主旨説明

10:05-10:10 主旨説明

山口芳裕 救急災害医療対策委員会委員長

第1部

10:10-10:35

豊川豪雨・浸水の経験

座長

細川秀一 日本医師会常任理事

10:35-11:00

気象庁からの情報発信

小森義之院長(総合青山病院/豊川市医師会副会長)

11:00-11:25

ハザードマップと避難確保計画

鎌谷紀子(気象庁総務部参事官)

11:25-11:50

水害対策の新たなコンセプト提案

蘆屋秀幸(国土交通省水管理・国土保全局水防企画室長)

土屋信行(リバーフロント研究所審議役)

昼休み

会長挨拶

12:50-12:55

会長挨拶

松本吉郎 日本医師会会長

第2部

12:55-13:20

「洪水を災害にさせない社会」への挑戦

座長

加藤孝明(東京大学生産技術研究所教授)

13:20-13:45

激甚化・増加する自然災害—医療機関に求められる事前の備え

芳村圭(東京大学生産技術研究所教授)

13:45-14:30

気候変動への都市の適応

関山健(京都大学大学院総合生存学館教授)

14:30-14:55

ディスカッション

加藤孝明(東京大学生産技術研究所教授)

休憩

第3部

15:00-15:05

オープニング VTR

座長

蛭間芳樹(日本政策投資銀行)

15:05-15:20

基調講演「命を守る社会の仕組みづくり—個の確立とイノベーション」

蛭間芳樹(日本政策投資銀行)

15:20-15:35

空の移動革命への挑戦 ～日本発 空飛ぶクルマと物流ドローンの開発～

村井宏行(Sky Drive CSO(最高戦略責任者))

15:35-15:50

水問題を構造からとらえ、解決に挑む。前田瑤介(WOTA 代表取締役 兼 CEO)

15:50-16:05

遠隔医療とAIによるイノベーション

高木俊介(CROSS SYNC 代表取締役 医師)

16:05-16:20

防災と「いま空いているか1秒でわかる、優しい世界」河野剛進(バカン 代表取締役)

16:20-16:35

国境なき空間

武永賢(中井駅前クリニック 院長)

16:35-17:00

ディスカッション

閉会の辞

17:00-17:05

総括

茂松茂人(日本医師会副会長)