

平成 27 年度
全国メディカルコントロール
協議会連絡会
(第1回)

～搬送・受入問題の解消に向けて～

全国メディカルコントロール協議会連絡会プログラム

全国メディカルコントロール協議会連絡会関連資料

1 日 時

平成 27 年 6 月 4 日 (木) 15 時 30 分から 19 時 30 分まで

2 場 所

富山県民会館 2 階ホール (富山市新総曲輪 4 番 18 号)

3 主催団体等

主催：消防庁、厚生労働省

共催：公益社団法人日本医師会

後援：一般財団法人救急振興財団、全国消防長会

一般社団法人日本救急医学会、一般財団法人日本救急医療財団

公益社団法人日本麻酔科学会、一般社団法人日本臨床救急医学会

目次

ページ数

平成 27 年度全国メディカルコントロール協議会連絡会（第 1 回）プログラム

第 1 部 各演者からの発表	3
第 2 部 シンポジウム	27
消防庁・厚生労働省からの情報提供	51

全国メディカルコントロール協議会連絡会関連資料

全国メディカルコントロール協議会連絡会開催要綱	71
関係機関の紹介	73
日本臨床救急医学会への協力依頼と回答	86

平成 27 年度全国メディカルコントロール協議会連絡会(第 1 回)プログラム

～搬送・受入問題の解消に向けて～

I 概 要

1 日 時:平成 27 年 6 月 4 日(木)15:30～19:20

2 場 所:富山県民会館 2 階ホール(富山市新総曲輪 4 番 18 号)

II プログラム

15:30～15:35 開会

第 1 部

- 15:35～16:15 基調講演:これからの全国メディカルコントロール協議会連絡会
～MC体制にかかわる団体の課題認識と取組～
全国メディカルコントロール協議会連絡会 会長 行岡哲男
- 16:15～16:30 研究報告:新しい救急救命処置に関する研究報告
藤田保健衛生大学医学部 救命救急医学講座 客員教授 野口 宏
- 16:30～16:45 開催地より:地方型救急医療とMC体制(仮)
富山大学大学院 危機管理医学 教授 奥寺 敬
- 16:45～17:05 消防庁からの情報提供
消防庁救急企画室 救急専門官 寺谷俊康

第 2 部

- 17:20～19:00 シンポジウム 搬送・受入問題の解消に向けての取組
～MC医師の活用や消防と医療のデータベースの連携について～
- 座長 市立堺病院 副院長 横田順一郎
- コメンテーター 消防庁救急企画室長 山口最丈
厚生労働省地域医療計画課 救急・周産期医療等対策室長 西嶋康浩
- シンポジスト 埼玉県保健医療部 医療整備課 課長 表 久仁和
搬送困難事案の解消に向けて ～MC医師の取組～
山形県立中央病院 救急科 武田健一郎
山形県でのメディカルコントロール体制強化事業～MC医師の立場から～
奈良県総務部知事公室 消防救急課 課長補佐 中谷好伸
奈良県救急医療管制システム(e-MATCH)について
大阪府健康医療部保健医療室 医療対策課 課長 柴田敏之
ICTを活用した病院前後のデータ収集システムについて
- 19:00～19:15 厚生労働省からの情報提供
厚生労働省地域医療計画課 救急・周産期医療等対策室長 西嶋康浩
- 19:15～19:20 閉会

第1部 発表資料

基調講演:これからの全国メディカルコントロール協議会連絡会

～MC体制にかかわる団体の課題認識と取組～

発表者 全国メディカルコントロール協議会連絡会 会長 行岡哲男…… 5

研究報告:メディカルコントロール体制の充実強化に関わる研究報告

発表者 東京医科大学救急・災害医学分野 主任教授 行岡哲男…… 14

研究報告:新しい救急救命処置に関する研究報告

発表者 藤田保健衛生大学医学部 救命救急医学講座 客員教授 野口 宏…… 20

開催地より 地方型救急医療とMC体制(仮)

発表者 富山大学大学院 危機管理医学 教授 奥寺 敬……当日配布予定

(第一部の「消防庁からの情報提供」はP53に掲載しています)

平成27年6月4日

平成27年度全国メディカルコントロール協議会連絡会(第1回)

基調講演

これからの全国メディカルコントロール協議会連絡会
～ MC体制に関わる団体の課題認識と取組 ～

全国MC協議会連絡会
会長 行岡哲男

全国メディカルコントロール協議会連絡会「開催要綱」

平成19年～平成27年3月:旧版

病院前救護における、応急処置等の質を保障する、
消防機関と救急医療機関等とのMC協議会の設置が進められてきた。

活動の実態がほとんど見られないものがあるなど、地域差が大きい。

関係機関と協力・連携し、MC協議会の質を全国的に底上げすることが
救急業務の高度化のために必要である。

全国メディカルコントロール協議会連絡会を開催する。

全国メディカルコントロール協議会連絡会「開催要綱」

平成27年4月：現行版

MC協議会の目的：応急処置等の質を医学的観点から保障すること

MC協議会の機能は、更なる充実・強化が求められており、今後、救急医療提供体制を構築する場としての活用も期待されている

各地域におけるMC体制やMC協議会の取組は様々である

消防庁および厚生労働省は、関係機関がMC体制に関する課題を整理し、自己評価および他MC協議会から学ぶことができるよう情報共有及び提言の場を設ける

救急医療に関係する学会、団体、消防機関、医療機関等により構成される全国MC協議会連絡会を開催する。

MC協議会が、救急救命士・救急隊員らが行う
応急処置等の質を保障する役割を担うという認識

2つの要綱で同一

平成19年～平成27年3月：旧版

平成27年4月：現行版

全国メディカルコントロール協議会連絡会「開催要綱」

救急業務の高度化のために必要

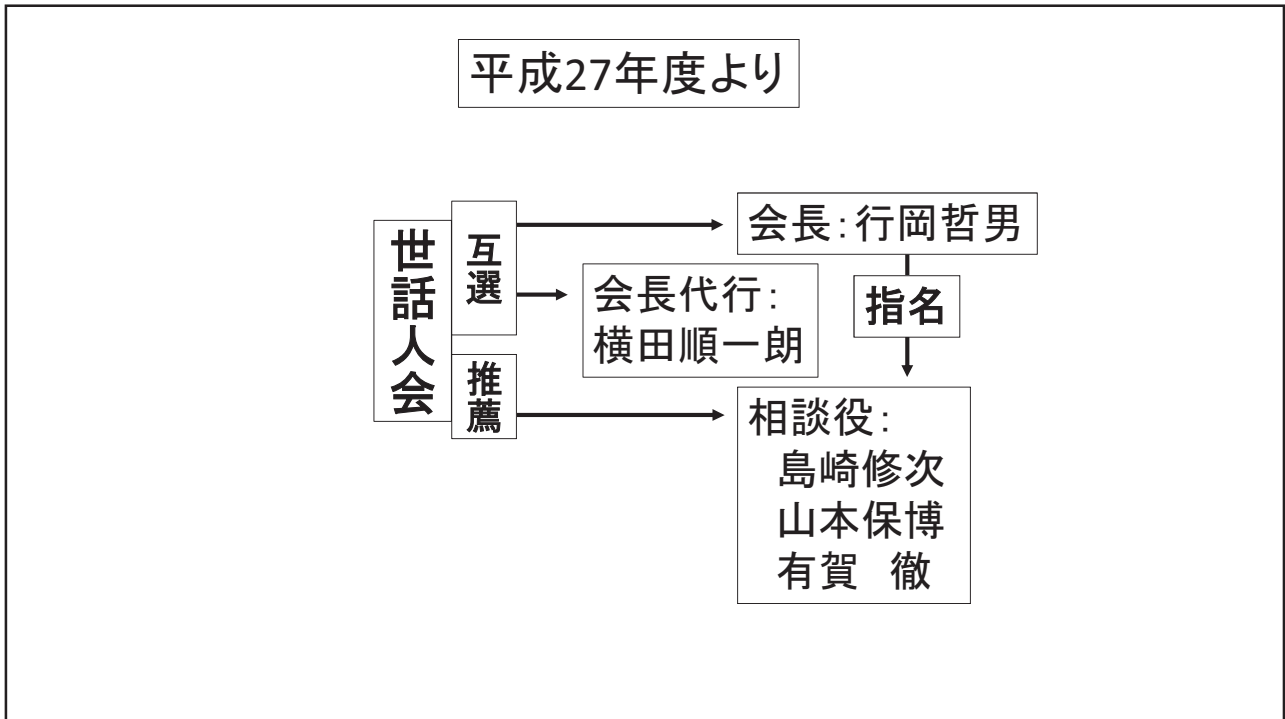
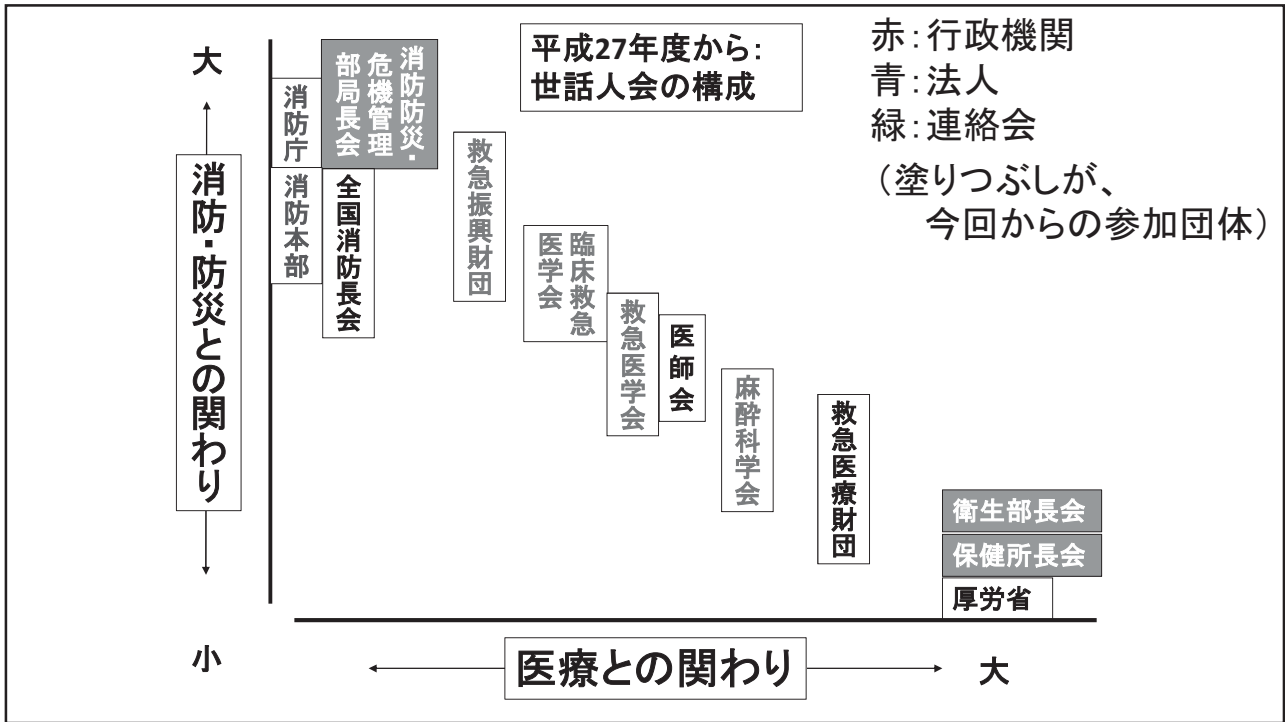
救急医療提供体制を構築する
場としての活用も期待

幹事会

世話人会

学会・団体・消防機関
8団体が指定、その他
3団体合わせて10団体
の代表15名で構成

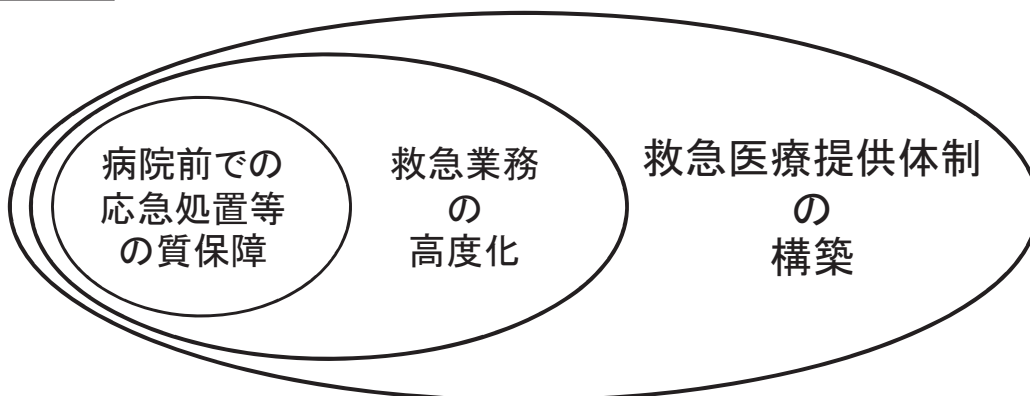
学会・団体・消防機関
13団体が指定され、
その代表16名で構成



全国MC協議会連絡会では、「救急医療提供体制を構築する場」という表現を開催要綱に盛り込み、多様な関連団体に参画を求めた。

その理由は？

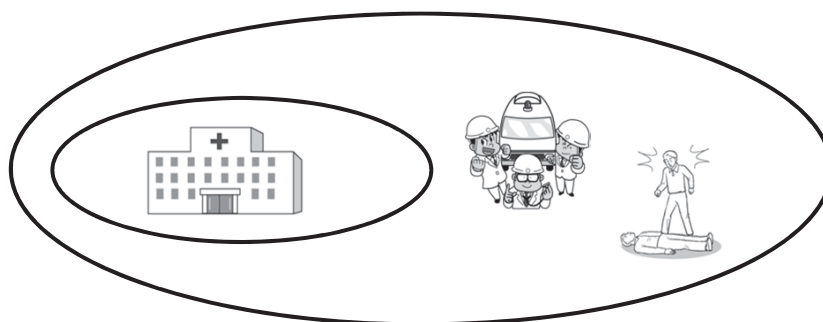
MC協議会が
担う役割・活動



MC協議会の役割や活動内容がより広げる、社会的なニーズが存在するからである。

MCは、救急現場での応急処置等の
質の医学的保障を目指すこととして始まる。

従来は、医療者の行う医行為は病院内で行うのが基本であった。



医療はシステム(チーム医療)として展開されるようになる。

医療の場が、病院から地域へと広がる。

救急救命士制度により、医行為が救急の現場(=地域)で実施されるようになる。

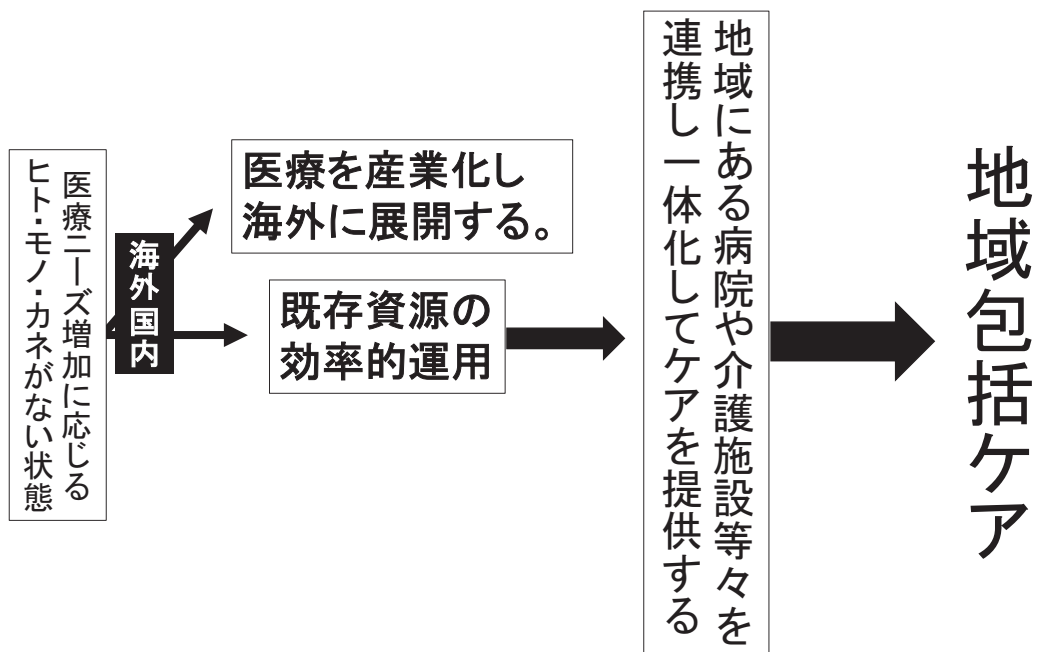
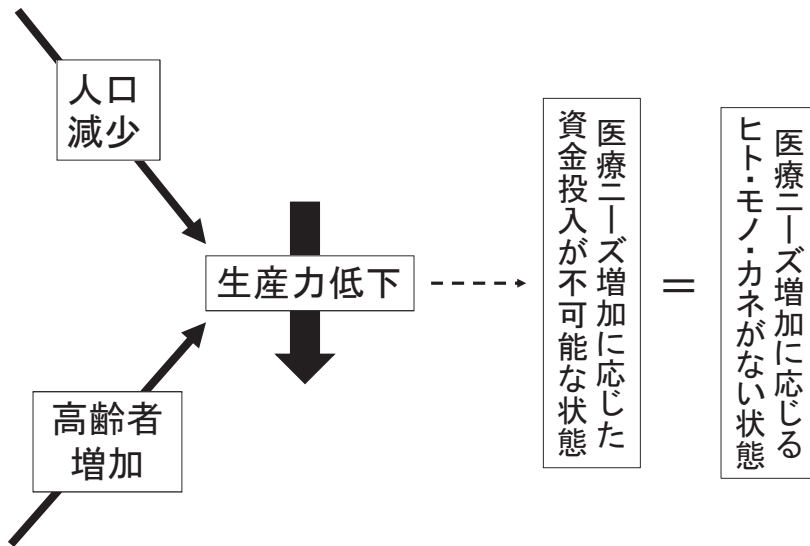
医療の場が、病院から地域へと広がる。

地域(=人々の日々の生活の場)へと
医療者が行う医行為が広がる。

医行為の実施やその質保障だけでなく、
これを支えるシステムとしての地域における
救急医療体制を組上げ(デザイン)し、
これを支える体制が必要となる。

地域救急医療体制の充実・強化には、
諸機関・諸団体の連携のもと、
『地域の自主性や主体性に基づき、
地域の特性に応じて
作り上げていくことが必要』

一方、21世紀前半の我が国では、



地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。

地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく必要があります。

地域包括ケアシステムの姿

『地域の自主性や主体性に基づき、
地域の特性に応じて
作り上げていくことが必要』

老人クラブ・自治会・ボランティア・NPO等

地域救急医療体制の充実・強化には、

諸機関・諸団体の連携のもと、

『地域の自主性や主体性に基づき、

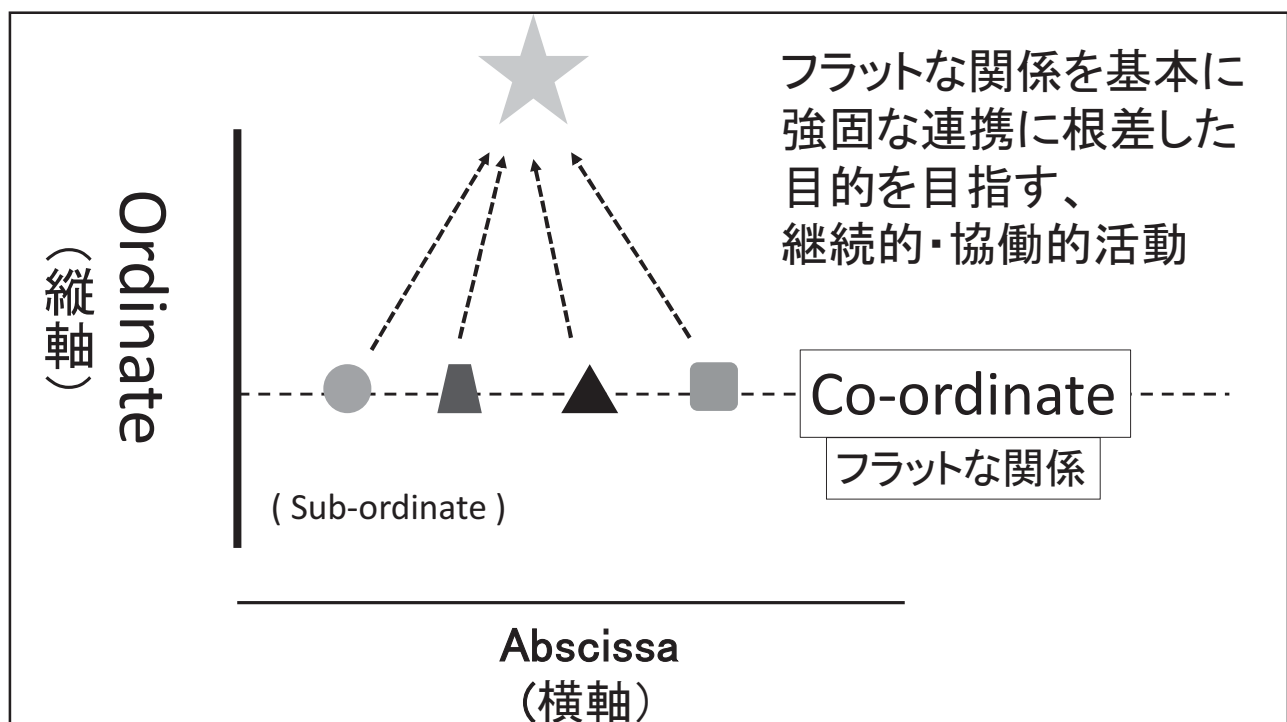
地域の特性に応じて

作り上げていくことが必要』

MC協議会の目的である。MC協議会やその連絡会は、地域包括ケアに代表される社会のニーズを踏まえ、これに沿った活動が今後より一層重要になる。

地域の自主性や主体性に基づき、
地域の特性に応じて
地域救急医療体制を充実・強化するには、
広範な諸機関・諸団体の連携が必須。

これが社会のニーズに応え得る
唯一選択し得る方策と思われる。



開催要綱

(MC協議会連絡会は)
MC体制に関する課題を整理し、自己評価および他MC協議会
から学ぶことができるよう情報共有及び提言の場

自己評価や他MC協議会から学ぶには、
全国のMC協議会の中での自らの立ち位置の把握
(自己認識)も必要となる。

全国MC協議会連絡会は、より多くの関係団体に参画を
もとめ、新たな一步を踏み出した。これは、社会構造の
大きな変化を背景に、救急医療のニーズが変様しつつある
ことと深く関わる。

MC協議会連絡会が救急医療提供体制の構築に貢献し
得る場であるためには、関係する個々人はもとより諸団体が
目指す目標に対しフラットな関係を保ち、継続的・協働的
な活動の展開が必要である。

関係各位のご協力を切に願います。

平成25～26年度 厚生労働科学研究

<p style="text-align: center;">メディカルコントロール体制の 充実強化に関わる研究</p>

研究代表者

行岡 哲男 東京医科大学 救急・災害医学分野 主任教授

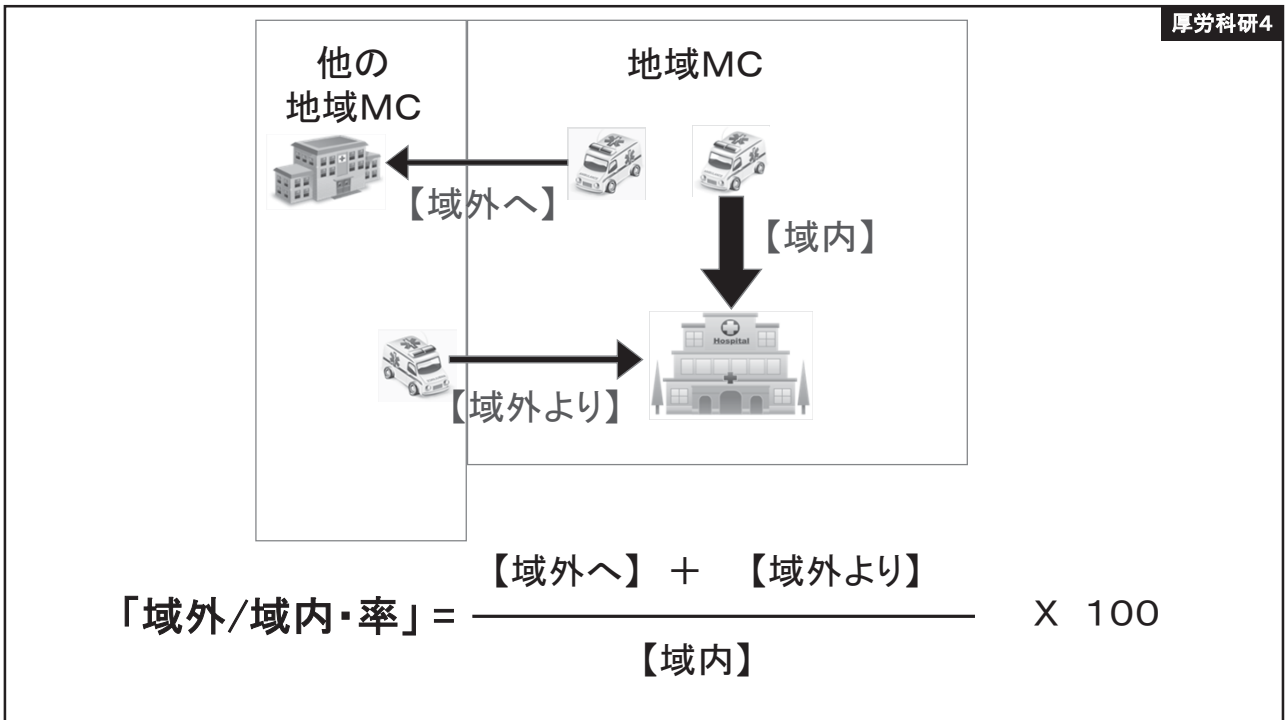
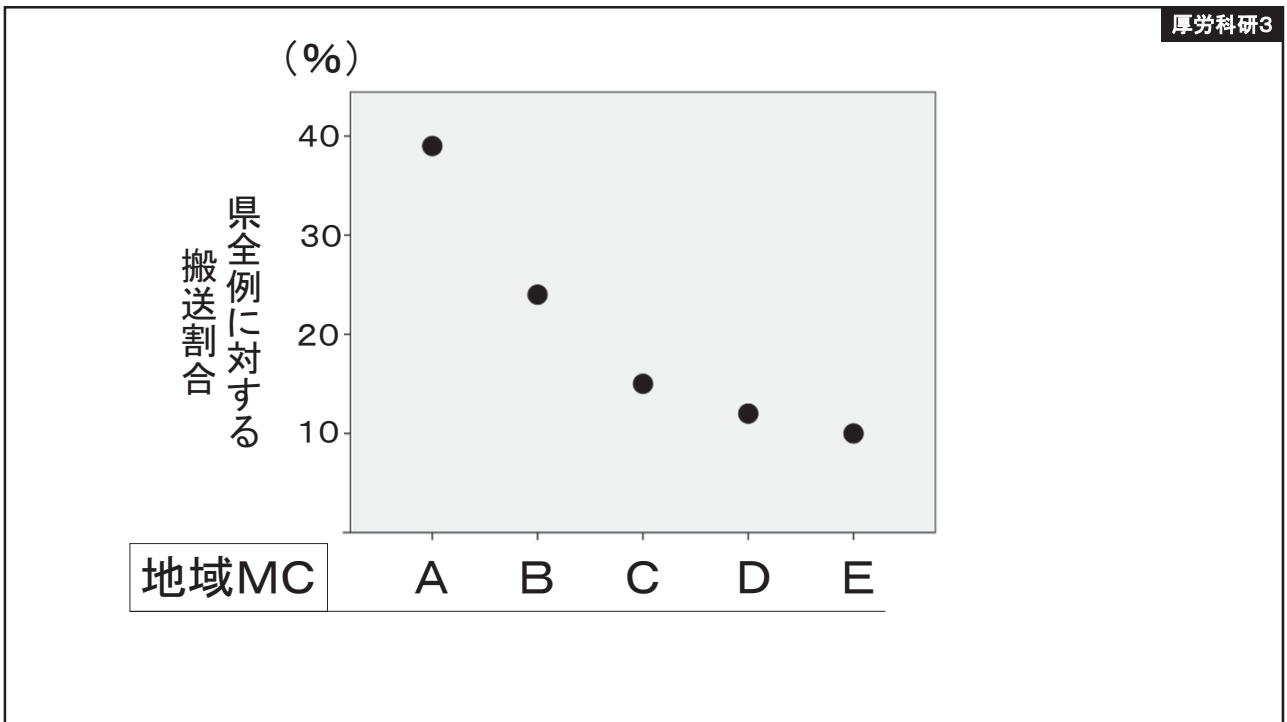
分担研究者

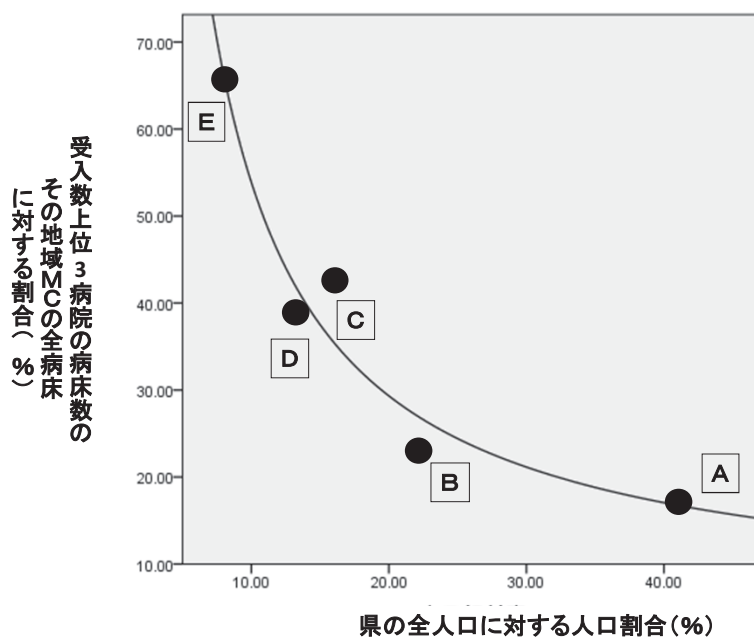
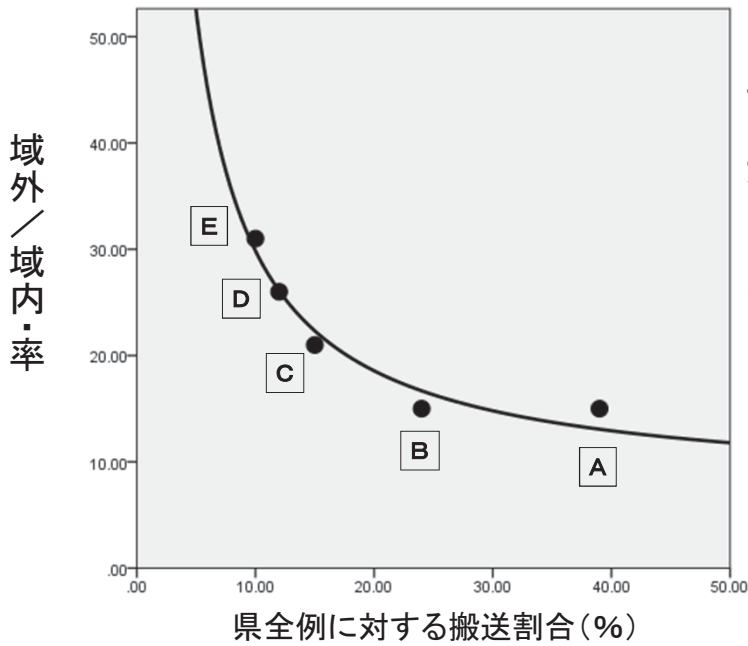
溝端 康光 大阪市立大学大学院医学研究科 救急医学 教授
 山本 五十年 東海大学医学部 救命救急・地域医療連携講座 特任准教授
 鈴川 正之 自治医科大学救急医学 教授
 横田 順一郎 市立堺病院 副院長
 田邊 晴山 救急救命東京研修所 教授
 丹野 克俊 札幌医科大学救急医学 講師

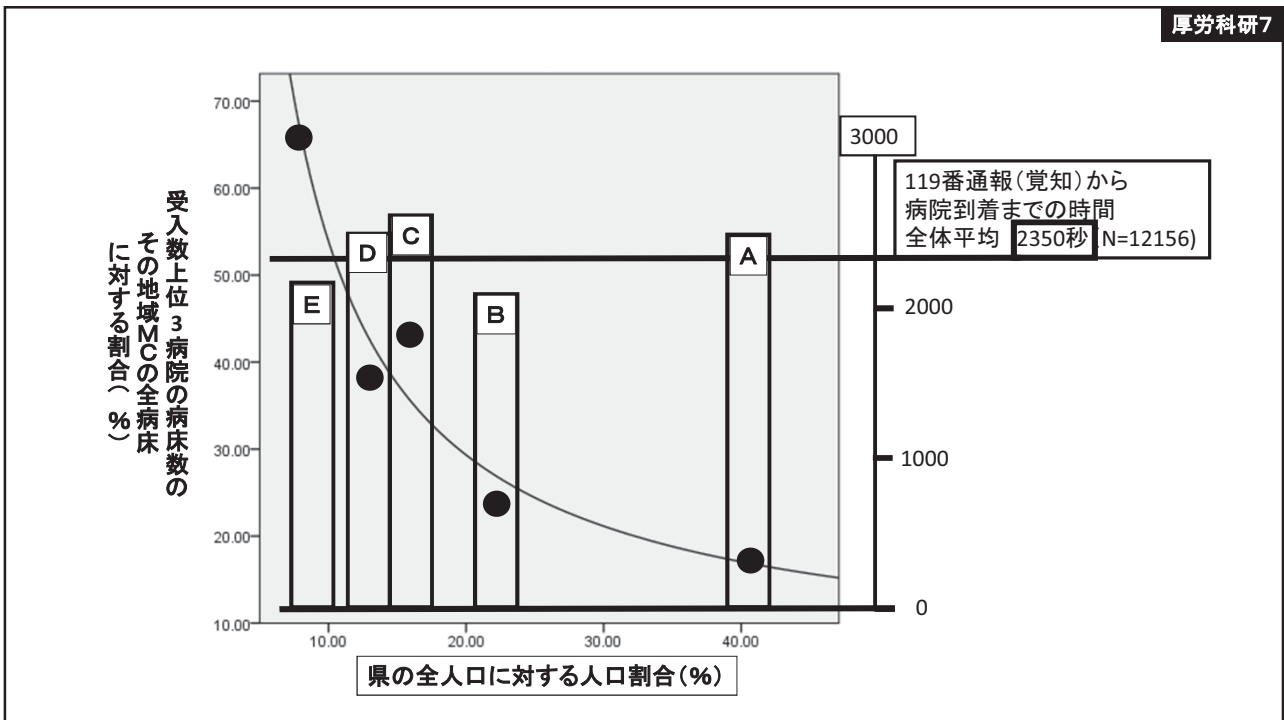
X県の5つの地域MCを分析対象とした。

MC名称	人口(%)	面積(%)	消防本部数
A	41	18	1
B	22	51	14
C	16	6	1
D	13	16	4
E	8	9	5
(合計)	100%	100%	25

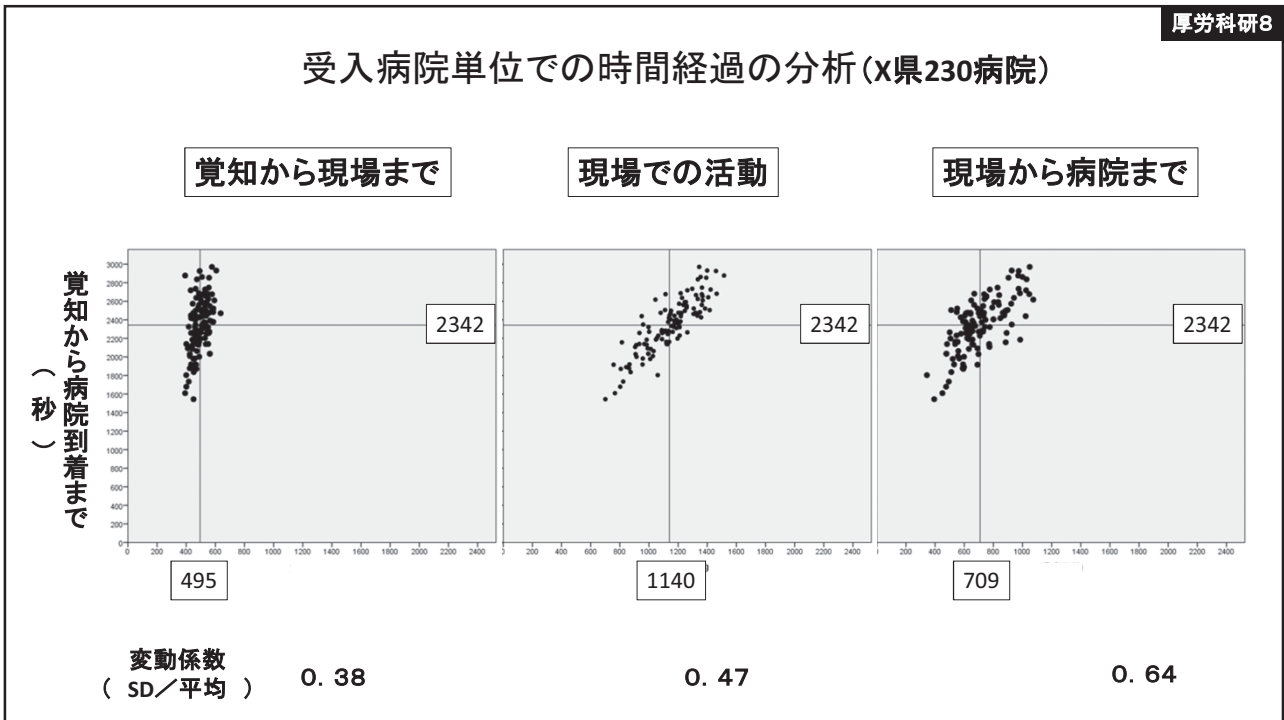
一定期間の連続した搬送例: 12156を分析対象

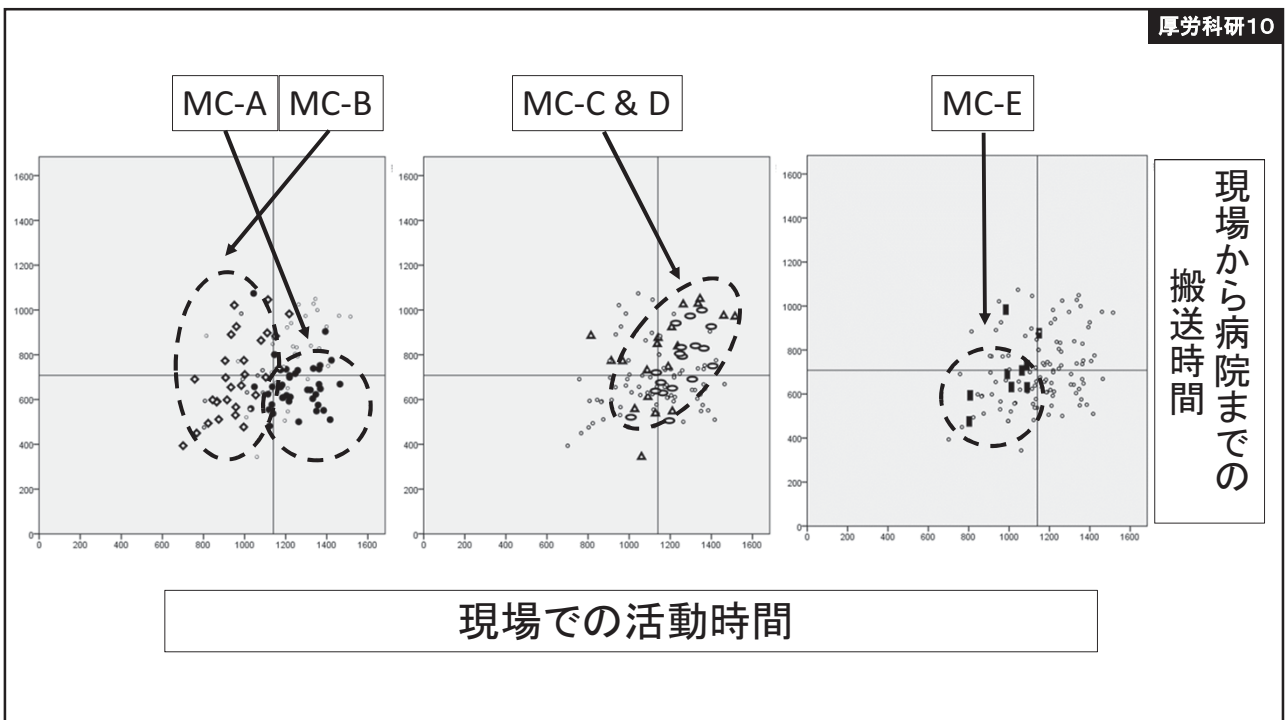
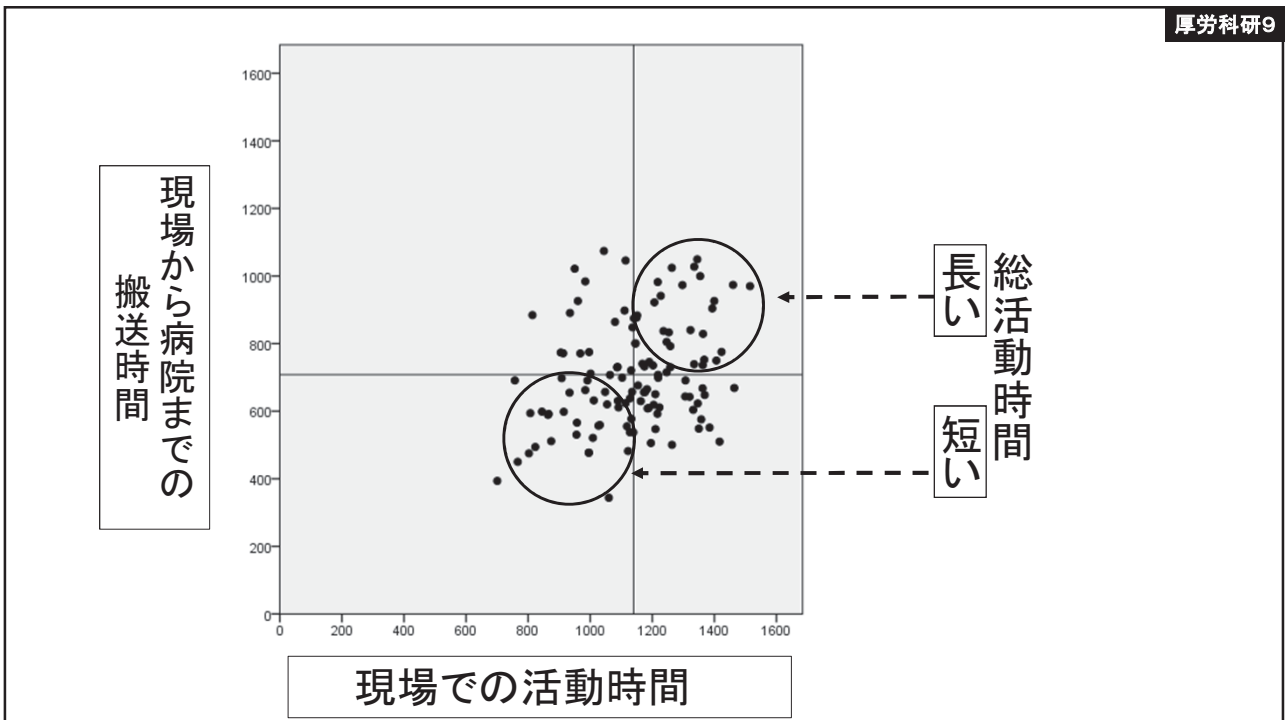


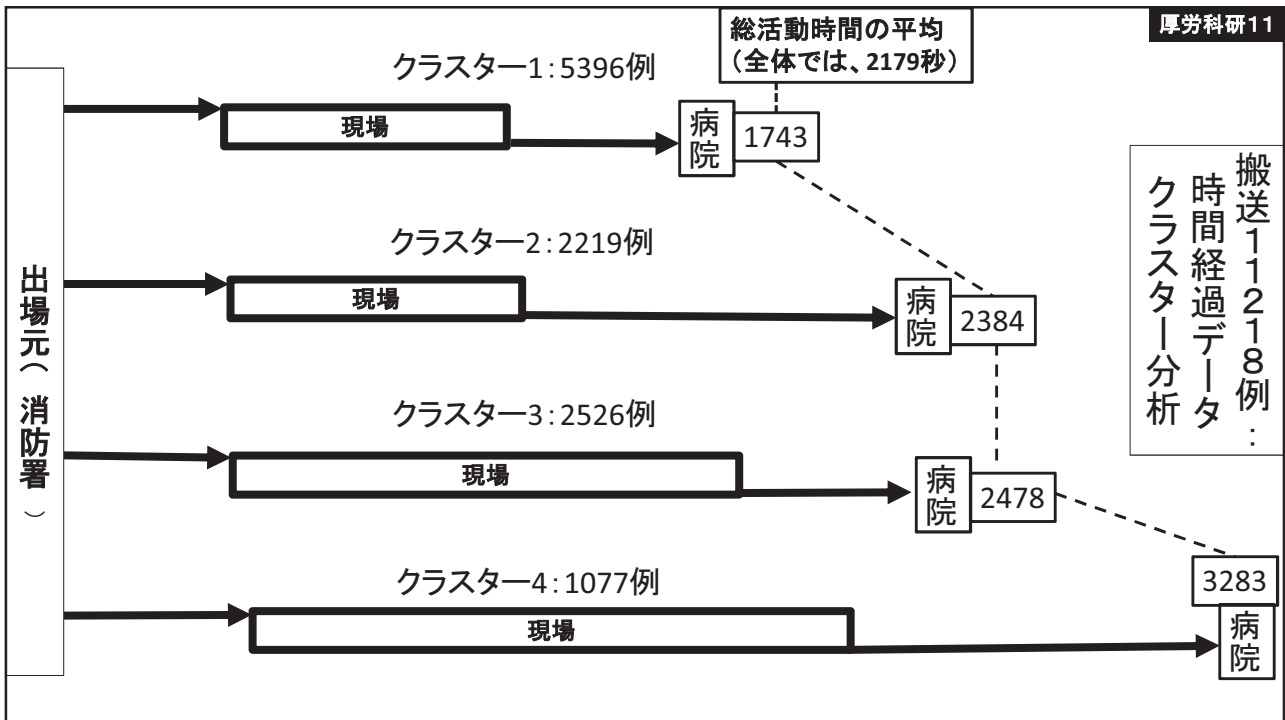




受入病院単位での時間経過の分析(x県230病院)



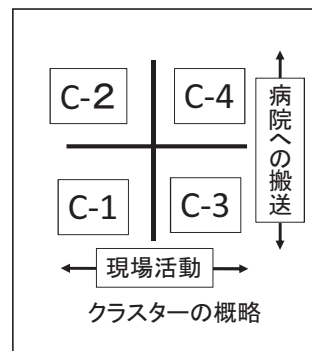




地域MC

クラスター

	A	B	C	D	E	合計
1	1952 44%	1677 62%	683 42%	527 39%	557 48%	5396 48%
2	632 14%	593 22%	289 18%	393 29%	312 27%	2219 20%
3	1320 30%	344 13%	410 25%	255 19%	197 17%	2526 23%
4	488 11%	99 4%	228 14%	178 13%	84 7%	1077 10%
合計	4392 100%	2713 100%	1610 100%	1353 100%	1150 100%	11218 100%



新しい救急救命処置に関する研究報告

厚生労働科学研究

「救急救命士の処置範囲に係る研究」から

<http://www.kyumeisi.com/index.html>

平成26年度の研究概要

- ① 新しい処置の運用を開始するために共通して必要とされる準備について
- ② 新しい救急救命処置の標準的な事後検証の方法について
- ③ 救急の現場における臨床研究でのインフォームド・コンセントの課題について
- ④ 今後の救急救命処置の追加の手順について

研究代表者 野口 宏

藤田保健衛生大学医学部 救命救急医学講座 客員教授

① 新しい処置の運用を開始するために 共通して必要とされる準備について

（目的）

消防本部やMC協議会において新しい処置の運用を開始するための準備に要する負担の軽減を図るため、先行消防本部の例を参考にしながら、共通して必要とされる準備について時系列に沿って整理し、標準的なものを提示する。

- (1) 「新しい救急救命処置の運用開始にあたり必要な準備の一覧」の作成
- (2) 準備にあたり各消防本部が作成した各種書類等の収集・整理
- (3) 平成27年度より施行される救急救命士国家試験に合格した者が、新しい特定行為を実施するまでに必要な経験等の目安の策定

「新しい救急救命処置の運用開始にあたり必要な準備の一覧」

新しい処置を実施するための消防本部のチェックリスト

I. 方針の決定

消防本部、メディカルコントロール協議会で、新しい処置実施の意思決定を行う。

- 消防本部幹部に対する「救急救命士の処置範囲の拡大」を検討することについての説明と了承
- (都道府県 and/or 地域) メディカルコントロール協議会に対する「救急救命士の処置範囲の拡大」実施の説明と承認
- 開始時期の決定
- 処置準備期間(処置の適応だけ判断して実際には処置を実施しない期間)を設定の検討

II. 教育体制の整備

新しい処置を実施する救急救命士数の養成数を想定し、研修を行い、認定し、登録する。

- 新しい処置を実施する救急救命士数、救急隊数、年間の養成数の想定

② 新しい救急救命処置の標準的な事後検証の方法について

(目的)

新しい救急救命処置の標準的な事後検証の方法として、

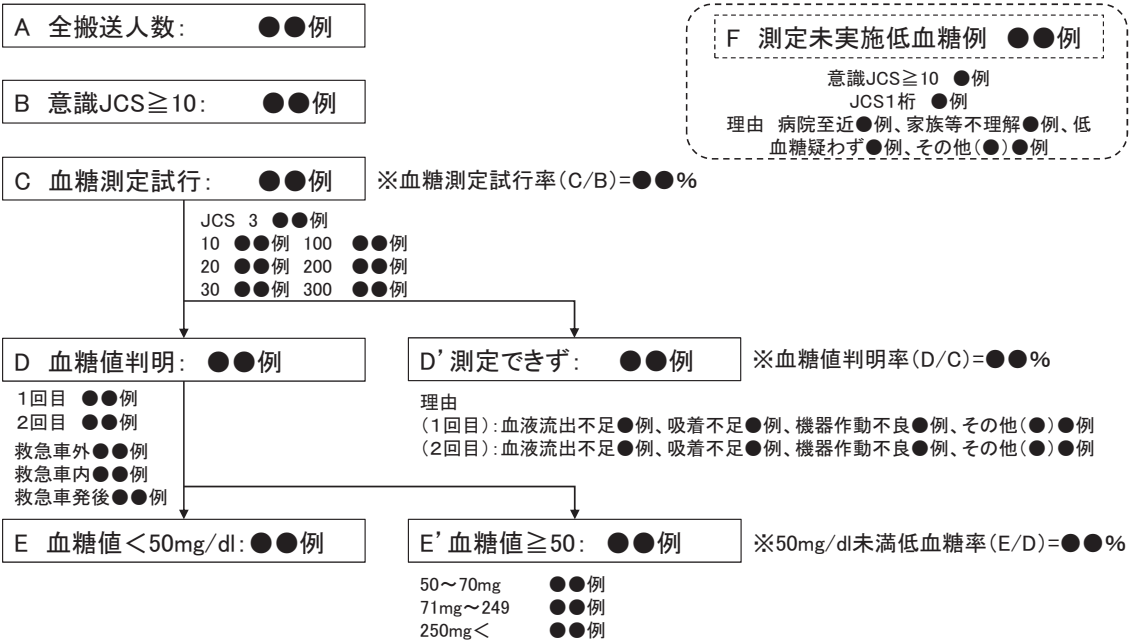
- ①記録集計のフォーマット
- ②検証に必要なデータとその定義
- ③標準的なデータの解析方法の例 を提示する。

(期待されること)

- ・各MC協議会・消防本部における事後検証の結果を、全国横断的に、客観的に比較検証することが可能に
- ・事後検証の結果を、経年的に比較検証することが可能に
- ・新しい処置の事後検証体制構築に要する事務の軽減に
- ・搬送時間の延長などを勘案した上で、処置の有効性等を評価するための基礎資料に

血糖測定の実体検証

(期間 ●●年●●月～●●年●●月、救急隊●●隊、認定救命士●●人)



項目の定義 (血糖測定の実体検証)

A: 期間中に、救急隊が取り扱った全搬送人数、もしくは、血糖測定可能な救急隊が取り扱った全事例

B: 救急現場か搬送中に、意識レベルJCS10かそれ以上に悪いことを確認した事例(原因を問わない)

C: 穿刺する意図をもって、穿刺器具を傷病者の皮膚に付けた全事例(実際に穿刺したかを問わない)。穿刺器具を傷病者の皮膚に付けた場合を「血糖測定試行」とし、穿刺器具を傷病者の皮膚に付けた時刻を「血糖測定施行時刻」とする。

D: 血糖値が判明した事例(「測定限界値以下」も含む)。血糖値が判明した時点を「血糖測定時刻」とする。D': CからDを除いた事例

F: 救急救命士が血糖測定を実施せずに医療機関到着後に低血糖と判断された事例

事後検証のための分析の例（血糖測定）

- ・血糖測定試行率(C/B)、血糖値判明率(D/C)、50mg/dl未満低血糖率(E/D)の推移(年毎、四半期毎等)
 - ・「C 血糖測定試行」の事例の年齢別、性別の状況
 - ・「D 血糖測定できた」の事例の血糖値の分布状況
 - ・「B 意識JCS \geq 10」の事例と、「C 血糖測定試行」の事例での、現場滞在時間や受入医療機関に到着するまでの時間の比較
 - ・「B 意識JCS \geq 10」の事例と、「C 血糖測定試行」の事例での、受入医療機関の選定に要した時間や受入照会回数の比較
 - ・「B 意識JCS \geq 10」の事例と、「C 血糖測定試行」の事例での、搬送中の心停止率の比較
- ・「E 血糖値 $<$ 50mg/dl」の事例の血糖値と、病院到着後に測定した血糖値の比較
 - ・「B 意識JCS \geq 10」の事例と、「C 血糖測定試行」の事例での、入院率、入院日数、自宅退院率の比較

③ 救急の現場における臨床研究での インフォームド・コンセントの課題について

(背景・目的)

- ・救急救命処置に関する臨床研究(H24)では、厚生労働省の定める「臨床研究に関する倫理指針」を踏まえて、処置の対象者からインフォームド・コンセント(説明と同意)を文書で受ける手続きを原則とした。
- ・その過程で明らかになったインフォームド・コンセントの手続きについて課題へ対処する。

明らかとなった課題（平成25年度分担研究報告書から）

①傷病者の問題：

生命の危険が切迫している状況においては、傷病者本人は、意識障害、循環不全等に陥っており、説明を適切に理解し判断できる状況ではない。たとえ、本人から同意書などに署名を得たとしても、このような状況で得た同意書の署名の、実質的な信頼性についての懸念がある。

②代諾者の問題：

傷病者に代わって家族などがその代諾者となり得るが、救急現場ではそのような者が必ずしも居合わせているわけではない。居合わせていたとしても、その者が傷病者の適切な代諾者となり得るのか短時間のうちに判断するのは困難である。たとえ、適切な代諾者であったとしても、その者が、限られた時間で状況を判断し、同意書などに署名することは困難である。

③本質的な課題：

傷病者に生命の危険が切迫している場合、説明に時間を費やすこと自体が、傷病者の不利益となる。

平成26年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤推進事業）「救急救命士の処置範囲に係る研究」倫理問題検討班（WG）

人を対象とする医学系研究に関する倫理指針

人を対象とする医学系研究に関する倫理指針

平成26年12月22日

文部科学省
厚生労働省

5 研究対象者に緊急かつ明白な生命の危機が生じている状況における研究の取扱い
研究者等は、あらかじめ研究計画書に定めるところにより、次に掲げる要件の全てに該当すると判断したときは、研究対象者等の同意を受けずに研究を実施することができる。ただし、当該研究を実施した場合には、速やかに、3の規定による説明事項を記載した文書によりインフォームド・コンセントの手続を行わなければならない。

- ① 研究対象者に緊急かつ明白な生命の危機が生じていること。
- ② 介入を行う研究の場合には、通常の診療では十分な効果が期待できず、研究の実施により研究対象者の生命の危機が回避できる可能性が十分にであると認められること。
- ③ 研究の実施に伴って研究対象者に生じる負担及びリスクが必要最小限のものであること。
- ④ 代諾者又は代諾者となるべき者と直ちに連絡を取ることができないこと。

平成26年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤推進事業）
「救急救命士の処置範囲に係る研究」倫理問題検討班（WG）

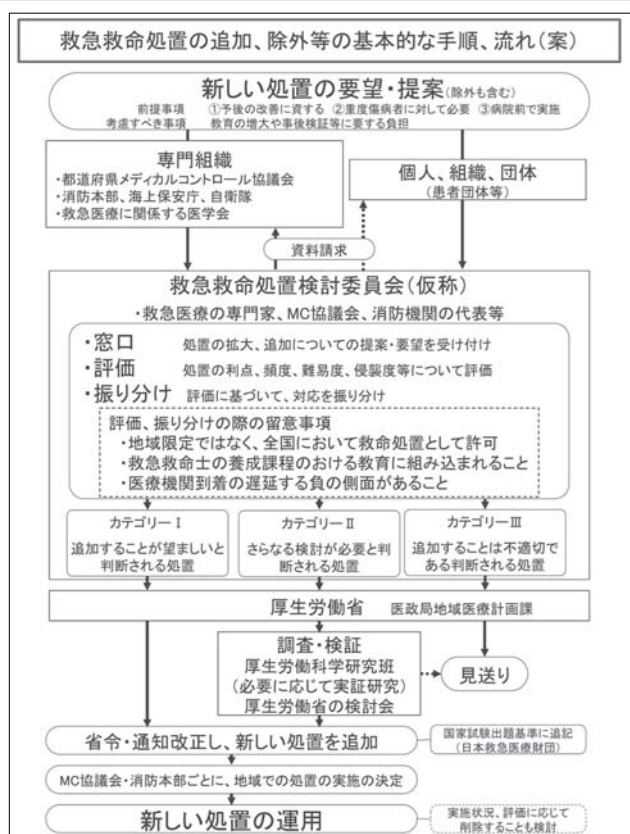
④ 今後の救急救命処置の追加・除外等の基本的な手順、流れについて

(背景)

平成3年の救急救命士制度の発足以来、救急救命処置の範囲は徐々に拡大されてきた。これらの救急救命処置の追加の検討の経緯を振り返ると、その過程は様々であり、「救急救命士の業務のあり方等に関する検討会」においても、“一貫性のある評価方法を検討する必要があるのではないか”といった指摘がなされたところである。

(目的)

今後の救急救命処置の追加・除外等の基本的な手順、流れについて提案する。



研究班としての案として、HP上に載せています。また、詳細を記載した報告書も載せています。

<http://www.kyumeisi.com/index.html>

第2部 発表資料

シンポジウム

搬送・受入問題の解消に向けての取組
～MC医師の活用や消防と医療のデータベースの連携について～

座長 市立堺病院 副院長(全国メディカルコントロール協議会連絡会会長代行) 横田順一郎
コメンテーター 消防庁救急企画室長 山口最丈
厚生労働省地域医療計画課 救急・周産期医療等対策室長 西嶋康浩

シンポジスト

埼玉県保健医療部 医療整備課 課長 表 久仁和
搬送困難事案の解消に向けて ～MC医師の取組～…………… 29

山形県立中央病院 救急科 武田健一郎
山形県でのメディカルコントロール体制強化事業～MC医師の立場から～…… 33

奈良県総務部知事公室 消防救急課 課長補佐 中谷好伸
奈良県救急医療管制システム(e-MATCH)について…… 39

大阪府健康医療部保健医療室 医療対策課 課長 柴田敏之
ICTを活用した病院前後のデータ収集システムについて…… 45

搬送困難事案の解消に向けて

～ MC医師の取組 ～

平成27年6月4日

埼玉県 保健医療部 医療整備課

1 埼玉県の救急搬送の現状

マクロ

- 搬送困難事案が多い

重症以上患者の受入照会4回以上の割合
全国ワースト2位
(H24年…10.4%、H25年…9.4%)

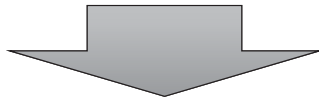
ミクロ

- 救急搬送患者の97%は二次救急医療機関が受入れ
- 救命救急センターは、緊急・重症事案については約9割を1回目の要請で受入れ
- 救命救急センターの受入患者の45%は中等症～軽症

2 課題と対応策

課題

- 二次救急医療機関の受入体制を強化する必要がある



対応策

救急医療体制強化事業の活用(H27年1月～)

- 搬送困難事例受入医療機関支援事業
 - ①三愛病院(さいたま市)、②久喜総合病院(久喜市)、
③戸田中央総合病院(戸田市)、④埼玉医科大学病院(毛呂山町)の4病院
- メディカルコントロール体制強化事業
埼玉医科大学総合医療センター(川越市)

3 事業の概要

二重のセーフティーネット^①で搬送困難事案を解消

- ①まず搬送困難受入病院で搬送困難事案を食い止める
- ②それでも受入れに至らない場合はMC医師が調整
(助言、他の医療機関との調整、自ら受入れ)

①搬送困難事例受入医療機関支援事業

緊急又は重症患者の受入照会が3回目以降になった場合に原則として断らずに受け入れる二次救急医療機関

※小児や周産期など専門性の高い症例は除く

②メディカルコントロール体制強化事業

受入照会が10回目以降になった場合は、全ての患者について、MC医師が全県下で搬送調整を実施

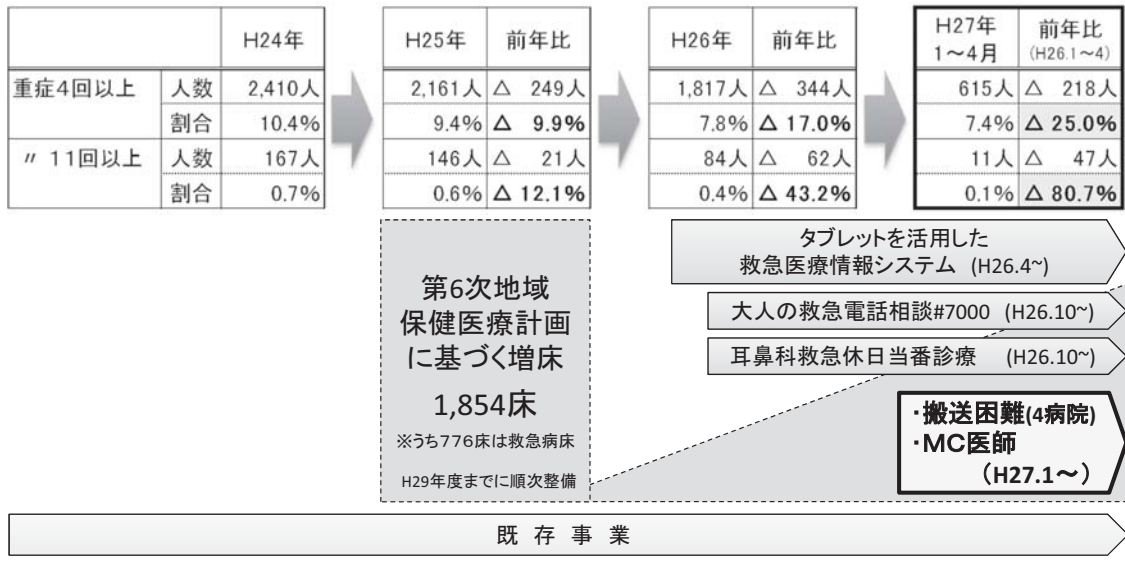


4 事業の効果

事業開始後、搬送困難の指標が大幅に改善

H27年1月～4月 重症4回以上事案 $\Delta 25\%$ 削減

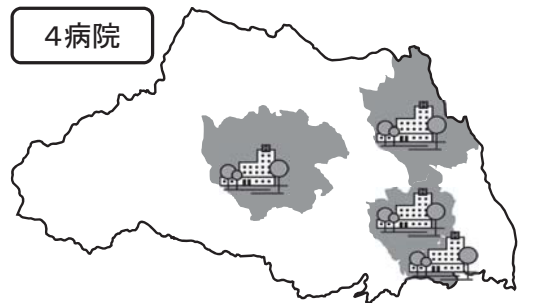
// 11回以上事案 $\Delta 81\%$ 削減



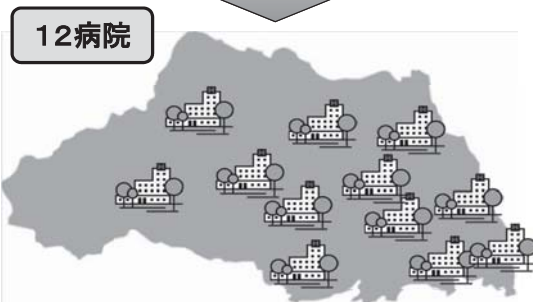
5 搬送困難事案の更なる削減に向けて

【課題】

救急搬送人数が多い埼玉県
(約28万人)において、4病院
で県全域をカバーするのは困難
→ 空白地帯が生じてしまう



+8



搬送困難受入病院数を

4から12に拡大

(H27年7月からの予定)

→ 全県をカバー

+8は全額県の一般財源で対応

搬送困難事案の発生状況に応じて配置

6 MC医師の関わり ①

1 搬送困難事案の把握・分析

➤ 搬送困難受入病院選定時に医師の立場で助言

①搬送困難事案の原因分析

- ・地域別、疾患別、傷病程度別、傷病者背景別、時間帯別に分析
→ いつ、どこで、どういった患者が搬送困難になっているか

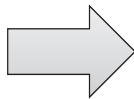
②配置地域や受入条件の決定

- ・二次救急医療圏や地域MCごとの想定件数等を分析
→ 必要な受入病院数、受入回数、対象範囲を決定

③個別医療機関の受入状況の把握

- ・疾患別、傷病程度別、休日・夜間帯の応需状況や他圏域からの受入状況等のデータを踏まえ、対象医療機関を決定

MC
医師の
助言



搬送困難受入病院の選定

6 MC医師の関わり ②

2 リアルタイムの搬送調整

➤ 自ら受け入れることも含めた搬送調整

- ・患者の症状に応じて適切な搬送先を判断し助言・調整
- ・それでも受入先が決まらない場合は自ら受入れ

➤ 事業実施後の調整実績(H27年1月～4月)

調整件数 34件 (うち総合医療センターでの受入れは17件)

消防機関の声

- ・「MC医師の助言を受けたと言うと、すんなり受け入れてもらい効果を感じた」
- ・「これまでなら20回を超えていたような事案でも総合医療センターが10回目で受け入れてくれた」



搬送困難の更なる削減に向け
検証・改善



H28年までに搬送
困難事案を解消

山形県でのメディカル コントロール体制強化事業 ～MC医師の立場から～

山形県立中央病院 救急科
MC医師 武田 健一郎

平成27年度全国メディカルコントロール協議会連絡会(第1回)
平成27年6月4日 富山県民会館

山形県でのMC体制強化事業

山形県が参画を決定
MC医師の選定



MC医師制度の内容説明・任命内示

平成26年12月



「MC体制の整備に関わる医師の
研修会」への参加

平成27年1月



MC医師正式任命

背景：山形県では長時間搬送先が決まらず命を失う事例は発生していない。しかし搬送件数は増加傾向にあり、将来的にそのような事例の発生が危惧される。その防止のための取組みが必要である。

山形県のMC医師への要望

- 救急医療機関及び後方支援病院の確保・支援

搬送基準について救急医療機関の
医師等との意見交換

- 搬送先医療機関及び転送先医療機関の確保・支援

搬送困難事例受入医療機関の整備の
必要性についての意見交換・調整

意見交換？

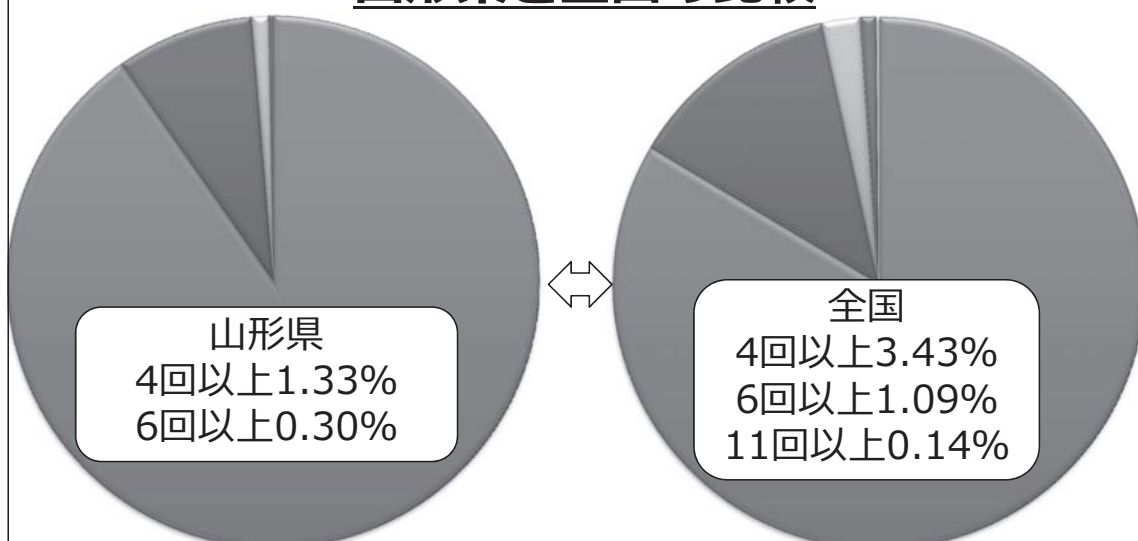


結果を出すために、
疑問：何をすればよいのか？
不安：何が出来るか？

よくわからないままの船出???

受入照会件数(平成25年)

山形県と全国の比較

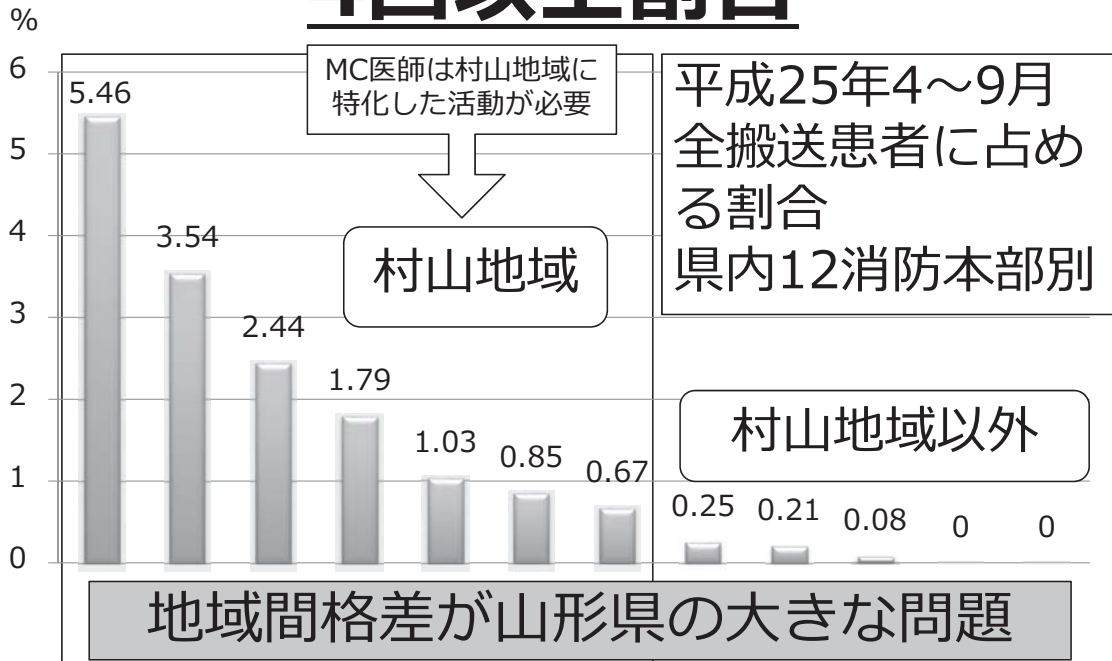


■ 1回 ■ 2-3回 ■ 4-5回 ■ 6-10回 ■ 11回-

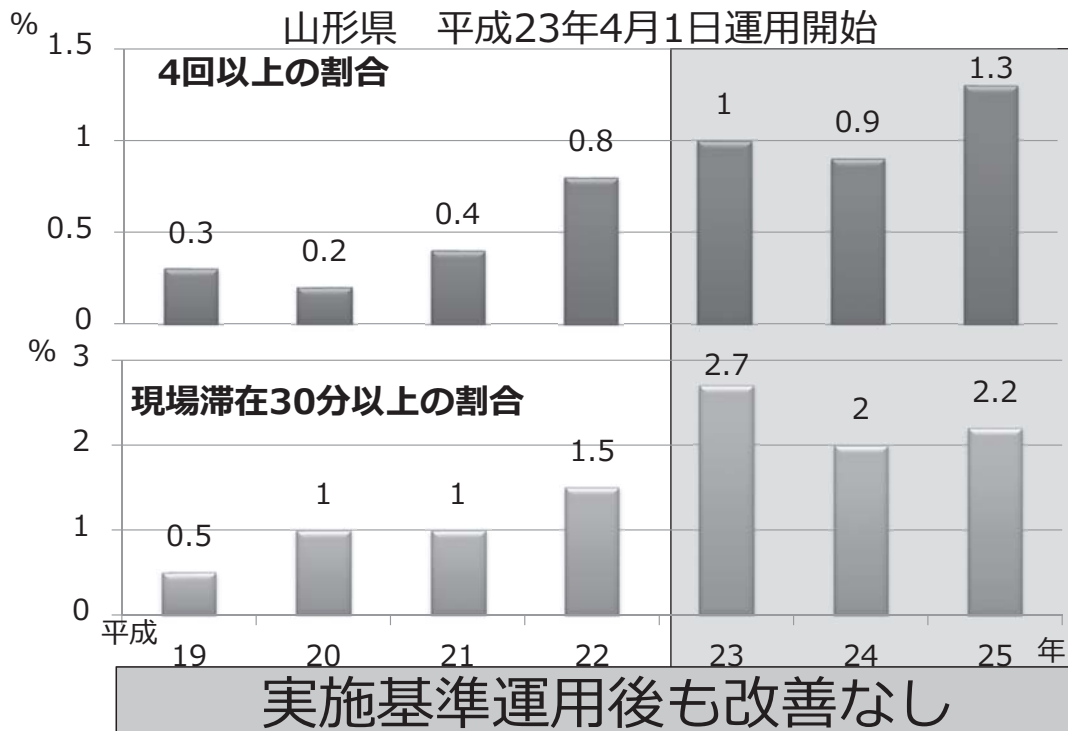
山形県の受入困難事例は全国平均以下

消防別受入照会件数

4回以上割合



実施基準運用開始前後での変化



準備会の開催

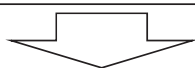
- 平成27年4月21日開催
- 出席者：村山地域教育指導WG委員、MC医師、県の担当者

- 今後の進め方について意見交換を行った
- 村山地域救急搬送改善検討会（仮称）を設置
受入困難事例減少について協議を進めていく
- 永く続けられる方法で行うべき(特定の医療機関を叱責する検討会にはしない)

今後の予定

より詳細な実態調査

救急搬送状況調査に基づく統計データの作成
各病院毎の実態が判るデータ

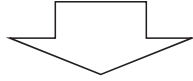


救急告示病院、消防本部での検討

- 現状を知ってもらう
- 自ら振り返り、課題について改善策を検討してもらう

当事者意識を持ってもらう

今後の予定



作業部会を設置

救急告示病院・消防での検討を踏まえ、改善策を総合的に検討

部会員(案)

村山地域教育指導WG委員

村山地域受入実施基準協議会委員

MC医師

説明会の開催

- 平成27年5月18日
『村山地域救急搬送改善検討会設置に関する説明会』を開催
- 出席者：村山地域救急告示病院・医師会
・各消防の代表者、MC医師、
県の担当者
- 内容：搬送困難事例の発生状況の説明
今後の協力依頼

説明会での話題

- 医師不足から救急医療に協力できていない。(搬送困難の多い地域の病院)
- 応需不能の理由の明確化が必要。
- 改善策を検討する作業部会には、各病院の代表者も入れるべき。
- ICTを導入し情報共有を図るべき。
- 予後調査とリンクさせ、予後を悪化させたと思われる事例を拾い上げるべき。

村山地域の搬送困難事例を減らす必要性
⇒異議なし ⇒改善検討会を進める

まとめ

- 山形県では、各救急告示病院、消防機関が当事者意識を持ち、自ら改善策を検討していく体制作りを進めている。
- MC医師単独では問題を解決できない。各病院、消防、行政などの協力を得ながら、調整を図っていく。
- MC医師は各分野の状況を熟知し、中立的な立場で活動するべきである。
- MC医師は、行政（県）担当者が気軽に相談できる相手となるべきである。

奈良県救急医療管制システム(e-MATCH)について

奈良県総務部知事公室消防救急課
課長補佐 中 谷 好 伸

事業概要

- ◆ 救急隊が携帯情報端末で入力した患者情報と、医療機関があらかじめ登録した受入可否情報に基づき、救急搬送先の決定支援を行い、救急搬送の適確迅速化を図る。
- ◆ 救急搬送から初期治療までの収集されるデータを蓄積・分析することにより、救急搬送・医療の質の改善・向上を図る。

事業の経緯・背景

- 平均搬送時間(全国順位44位)、重症患者にかかる医療機関が1回で決定する割合(全国順位47位)、医療機関の決定までに4回以上かかる割合(全国順位47位)が、全国平均に較べて著しく悪い。
- 平成22年度から救急搬送ルール(奈良県傷病者の搬送・受入れの実施に関する基準)の策定に向けて取り組んできた課程で、搬送時において患者の症状に合った医療機関の受入体制の把握、搬送先の選定をリアルタイムに行い、救急搬送・医療の改善に資するデータを蓄積できるシステムが必要。

システムの内容

■システム名

救急医療管制システム(e-MATCH)

■実施期間

平成24年3月から消防機関に携帯情報端末導入して運用開始、平成25年4月からは医療機関にも携帯情報端末を導入して本格運用

■対象

消防機関(救急車81台・通信指令室) 128台
救急医療機関(57医療機関) 116台

■利用方法

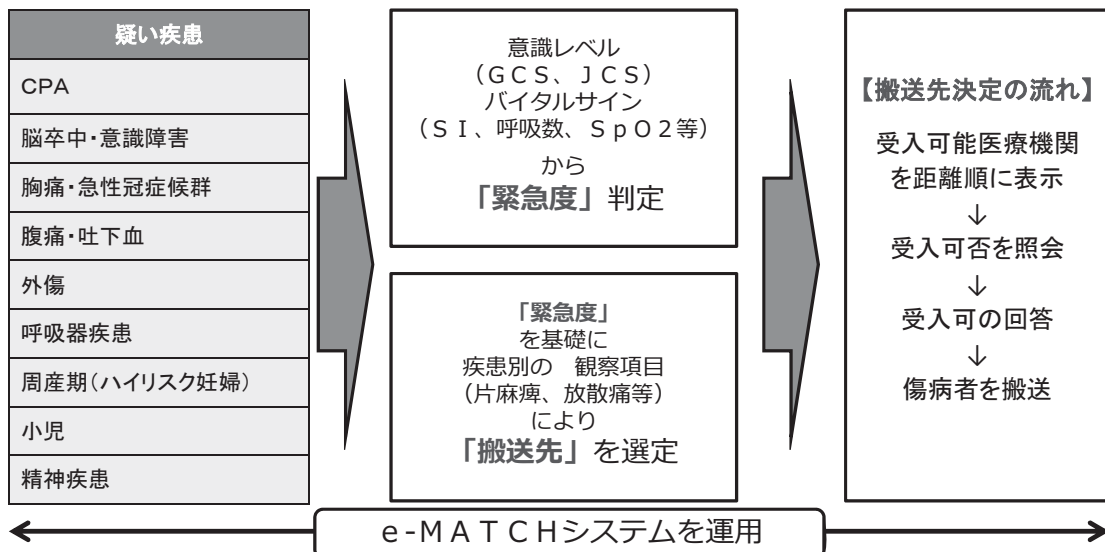
- ・ 救急車の出動指令時点から、救急隊が携帯端末を用いて患者情報を記録
- ・ 医療機関により更新される受入可能な医療機関リストを近い順に表示して、搬送先の決定を支援。
- ・ 入力されたデータから、日報・月報を作成し、消防機関、医療機関及び行政へフィードバックし、救急搬送及び救急医療の質の改善・向上を図るための基礎資料とする。

救急搬送ルール（奈良県傷病者の搬送・受入れの実施に関する基準）の概要

平成23年1月に救急搬送ルール（奈良県傷病者の搬送・受入れの実施に関する基準）を策定・運用開始

携帯情報端末に救急搬送ルールを搭載したシステム（e-MATCH）を消防（救急隊）と受入医療機関が運用

【H24.3運用開始（消防に端末導入）、H25.4本格運用（医療機関に端末導）】



応需情報登録画面

医療機関が最初に応需情報をウェブ画面で登録(予め1週間単位、1ヶ月単位で複数の日をまとめて登録可)した後、リアルタイムで変更するための携帯情報端末の画面。

e-MATCHのWebサイト登録画面

登録患者入力

日付: 2015/03/22 08:30 - 2015/03/23 08:30 更新者: 病院ユーザー

時間帯セット: [08:30-08:30]休日 変更日: 2015/02/26 15:38:32

応需セット: 軽傷外 (内科系+整形外科)

備考:

症状名	変更前		変更後	
	応需	種別	応需	種別
CPA 成人・内因	○	通常	→ ○	通常
CPA 小児・内因	×	通常	→ ×	通常
CPA 外因性	×	通常	→ ×	通常
CPA DNR	×	通常	→ ×	通常
脳卒・意識 重篤なショック	○	通常	→ ○	通常
脳卒・意識 1PA	○	通常	→ ○	通常
脳卒・意識 脳急手術	○	通常	→ ○	通常
脳卒・意識 脳卒・脳急手術対応	○	通常	→ ○	通常
初期診断・内科的治療	○	通常	→ ○	通常
胸痛・急性冠症候群	○	通常	→ ○	通常

携帯情報端末の更新画面

更新中...

症候別 診療科1 診療科2

CPA ○ □ △ × ▲

脳卒中疑い ○ □ △ × ▲

【神経系】 初期診断・内科的治療 ○ □ △ × ▲

【ACS】 胸痛・急性冠症候群疑い ○ □ △ × ▲

呼吸器 ○ □ △ × ▲

胸痛 ○ □ △ × ▲

【重症外傷】 ○ □ △ × ▲

外傷 ○ □ △ × ▲

【重症熱傷】 15%以上・気道熱傷 ○ □ △ × ▲

【軽症熱傷】 ○ □ △ × ▲

患者情報入力画面

救急隊が到着時に見る画面。県の搬送実施基準に基づいたバイタルサイン、疑い疾患の観察内容を入力すると、搬送候補先のリストを表示。CPAのような緊急性が高い疾患ではボタン1つでリストが表示される。

F60歳... 15:37 搬送中止

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

CPA 重症外傷 部位別外傷 熱傷・電撃 症状

内因性成人 内因性小児 外因性 DNR対応 熱傷 気道熱傷 15%以上 一般

性別 小児 精神 脳卒中 ACS 呼吸器 腹痛 中毒 環境要因 吐下血

変更状況

予後情報入力画面

医療機関に搬送された患者の予後について、外来診断名や検査、処置内容等を病院が入力する。図は脳卒中・意識障害を記録するための画面

The screenshot shows a mobile application interface for recording patient prognosis information. The screen is titled "脳・意識" (Brain/Consciousness) and is divided into four main sections: "検査" (Examination), "外来診断名" (Outpatient Diagnosis Name), "処置・治療" (Treatment/Therapy), and "外来転帰" (Outpatient Outcome). The "検査" section includes buttons for "CT" and "MRI". The "外来診断名" section includes buttons for "脳梗塞" (Ischemic stroke), "脳出血" (Intracerebral hemorrhage), "くも膜下出血" (Subarachnoid hemorrhage), "慢性硬膜下血腫" (Chronic subdural hematoma), "アルコール" (Alcohol), "血糖異常" (Abnormal blood sugar), and "中毒" (Poisoning). The "処置・治療" section includes buttons for "tPA" and "手術" (Surgery). The "外来転帰" section includes buttons for "入院" (Admission), "帰宅" (Home discharge), "同日転院(高次)" (Transfer to higher level hospital on the same day), "同日転院(低次)" (Transfer to lower level hospital on the same day), and "死亡" (Death). There is also a button for "その他の意識障害" (Other consciousness disorders). The interface is displayed on a mobile device with a status bar at the top showing "SoftBank 4G", "10:23", and "100%" battery. The bottom of the screen has a navigation bar with a hamburger menu icon on the left and a logo on the right.

各疾患における救急搬送ルールの取り組み

- 胸痛
救急隊員が胸痛を疑えば、オーバートリアージであっても受け入れる24時間カテーテルが可能な9病院体制を確立
- 小児科
3次医療機関のバックアップのもと北和、中南和医療圏ごとに小児科に特化した輪番体制を確立
- 腹痛・吐下血
3次医療機関のバックアップのもと内視鏡的止血術、緊急手術、保存的治療が対応可能な医療機関の輪番体制を中南和医療圏で運用開始

↓ 現状と課題

- 救急隊が応需画面で「受入可」と表示している医療機関に受入要請しても断られるケースがあり、応需情報に対する信頼度が低いと消防側で感じている。
- 応需画面で医療機関が「受入不可」と表示していても救急隊が受入要請してくるケースがあり、救急隊が医療機関へ照会するルールを守っていないと医療機関側で感じている。
- 奈良県救急搬送及び医療連携協議会の各部会において、携帯情報端末の操作はなるべく少ない操作で医療機関を選定できるようにすべきとの意見
- 消防機関との意見交換会で携帯情報端末の入力項目や医療機関選定までの踏むべき手順が多い、バイタル等入力をしなくても緊急度や疑い疾患の特定は可能との意見
- 医療機関との意見交換会で携帯情報端末で医療機関を選定するまでの手順の簡素化が必要との意見
- e-MATCHで蓄積されたデータは救急搬送や救急医療の状況の改善のための検討には有効
- 消防機関と医療機関相互の連携が十分でない。
- 消防機関と医療機関双方にe-MATCHシステムに対する理解が不足している。

↓ 今後の取り組み

- 消防機関及び医療機関との意見交換会を開催して、相互の連携強化を図る。
- 現場の声を反映させた使いやすいe-MATCHシステムを構築するとともに、救急搬送ルールの検証に必要なデータを収集できるシステム設計が必要。
- その他の疾患についても、e-MATCHで収集したデータを基に救急搬送ルールの改善が必要。

ICTを活用した病院前後の データ収集システムについて

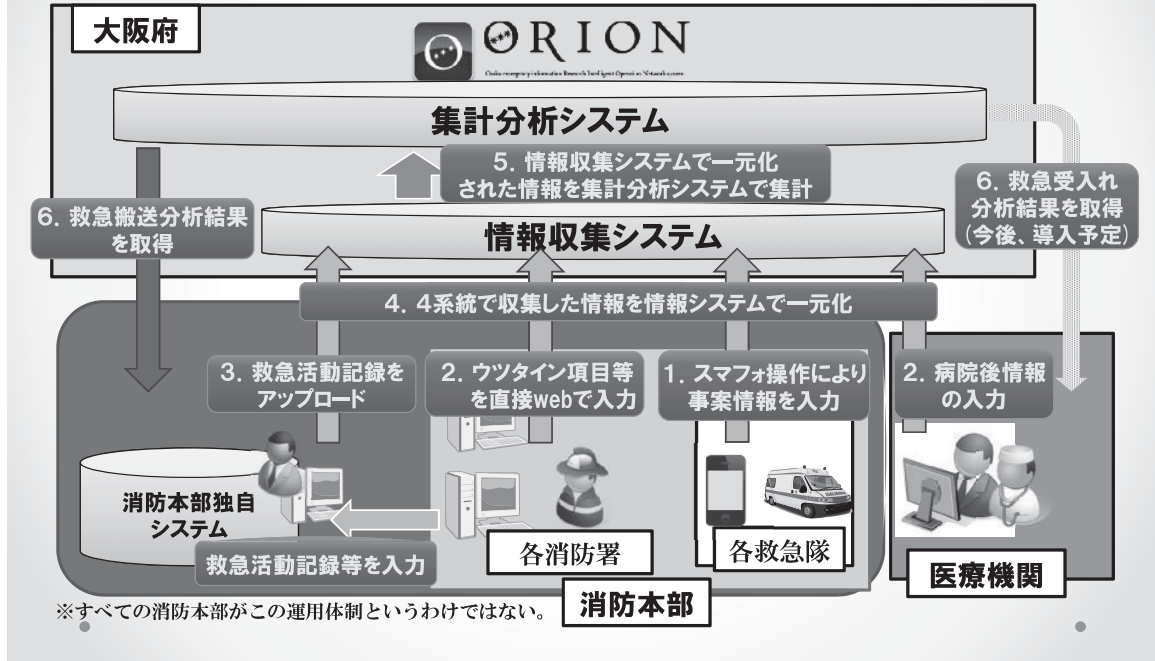
大阪府健康医療部 保健医療室 医療対策課

はじめに

- 大阪府では、ICTを活用して病院前情報と病院後情報がリンクしたデータを集積できるシステム「ORION」を開発し、平成26年10月から運用を開始している。
- 当システムは、「傷病者の搬送及び受入れの実施基準」の内容をスマートフォンアプリ化した救急搬送支援システム、情報収集システム及び集計分析システムから成り、「救急業務において活用されるICTの標準的な機能」として総務省消防庁が示した6つの機能を有している。

ORION : Osaka emergency information Research Intelligent Operation Network system

データベースの概念図



入力項目(消防機関)

- スマートフォン
 - バイタルサイン
 - 実施基準に基づく観察項目
 - 写真・動画・音声
 - 傷病者背景 (精神疾患・飲酒・要介護等)
 - (➤ 年齢・性別)
 - (➤ 動態時間)
- 情報収集システム
 - 消防庁報告必須項目

入力項目(医療機関)

○ 情報収集システム

- 年齢・性別
- 受診日時
- 既往歴
- 主訴
- 初診時診療科名
- 初診時診断名 (ICD-10)
- 初診時処置内容
- 初診医重症度評価
- 初診時転帰

- 入院後診断名 (ICD-10)
- 入院後治療内容
- 21日後転帰

※ 下線は必須項目

事案情報とのリンク

○ 医療機関

- 自院に送信された事案情報に上書き

※事案情報が事前に送信されていない場合

- 病院後情報のみ登録

→ 消防機関が、病院前情報を登録後、
年齢・性別・病着日時をキーとしてリンク

○ 消防機関

- 自救急隊が送信した事案情報に上書き

※消防独自システムを運用している場合

- XMLまたはcsvファイルをアップロード

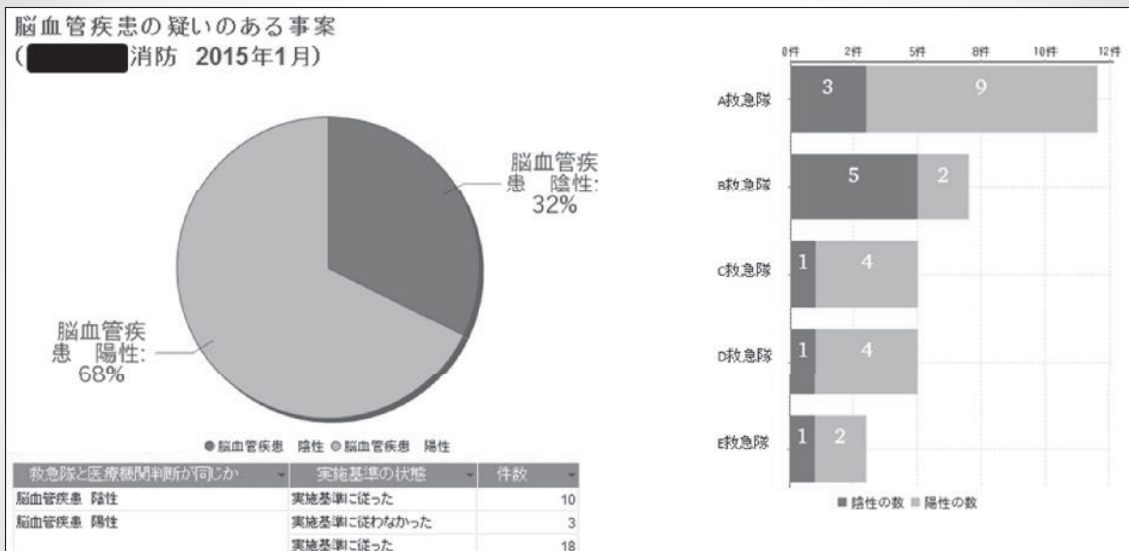
→ 消防独自システムの事案番号を
キーとしてリンク

情報出力機能 (レポートングシステム)

救急統計総括表(救急事故種別活動状況)

事故種別	出場件数(月計)	出場件数(累計)	搬送件数(月計)	搬送件数(累計)	搬送人員数(月計)	搬送人員数(累計)
火災	2,139	2,131	567	559	569	561
自然災害	20	20	15	15	17	17
水難	177	177	69	69	72	72
交通	48,706	48,706	44,011	44,011	47,767	47,767
労働災害	4,282	4,282	4,164	4,164	4,220	4,220
運動競技	2,486	2,486	2,443	2,443	2,504	2,504
一般負傷	68,816	68,813	61,896	61,893	63,158	63,155
加害	3,814	3,814	2,977	2,977	3,125	3,125
自損行為	5,101	5,101	3,433	3,433	3,471	3,471
急病	301,656	301,645	269,734	269,723	274,384	274,373
転院搬送	25,363	25,363	25,162	25,162	25,470	25,470
医師搬送	5	5			1	1
その他	4,274	4,273	316	316	383	383
資機材輸送	5	5	3	3	1	1
	466,844	466,821	414,790	414,768	425,142	425,120

活動記録分析機能



搬送と受入れに関する検証

- 収集されたデータをAccessに取り込むことで、
可変性に富む条件で事案を抽出し、帳票として出力
→ 例) 救急隊判断と医療機関での診断が不一致
搬送困難(現場滞在時間1時間以上、照会件数10件以上等)
- 一枚の帳票に、以下の内容を表示
 - 実施基準に基づいた救急隊の観察内容
 - 救急隊の病態判断と実施基準との関連
 - 医療機関への伝達内容
 - 照会医療機関と不応需理由
 - 医療機関での診断名や処置内容及び転帰

病院前後情報を用いて検証・分析する意義

- 救急隊判断と医療機関での診断が不一致
 - 救急隊の観察や判断に問題
→ フィードバック
 - 実施基準そのものに問題
→ 根拠に基づいた実施基準の改正
- 搬送困難症例
 - 救急隊の活動や医療機関の受入体制に問題
→ フィードバック
→ 応需率等に応じた認定基準の見直し
 - 傷病者の
 - 社会背景(飲酒、精神科、独居、老人、要介護等)
 - 病態(消化管出血、眼科、耳鼻科、四肢外傷等)
 - 受入れ実績に応じた補助金制度
 - 当番・輪番病院制

消防庁・厚生労働省からの情報提供

消防庁からの情報提供

消防庁救急企画室 救急専門官 寺谷俊康…………… 53

厚生労働省からの情報提供

厚生労働省地域医療計画課 救急・周産期医療等対策室長 西嶋康浩… 61

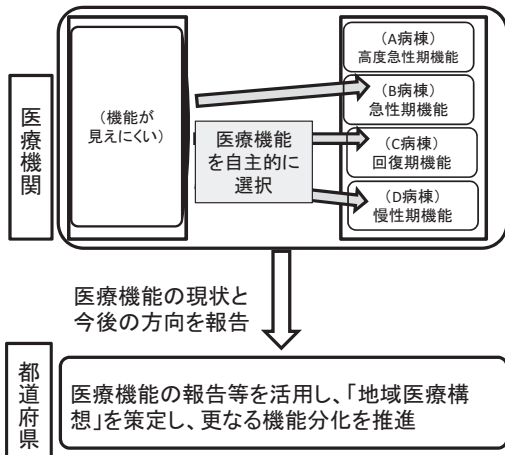
厚生労働省からの情報提供

西嶋 康浩(厚生労働省 地域医療計画課 救急・周産期医療等対策室長)

1. 最近の医療政策の動向
2. 救急医療体制強化事業
3. AED設置登録情報の有効活用
4. 災害拠点病院への災害時アクセス調査結果

地域医療構想について

- 昨年の通常国会で成立した「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。(法律上は平成30年3月までであるが、平成28年半ば頃までの策定が望ましい。)
※ 「地域医療構想」は、2次医療圏単位での策定が原則。
- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月中に発出予定。



「地域医療構想」の内容

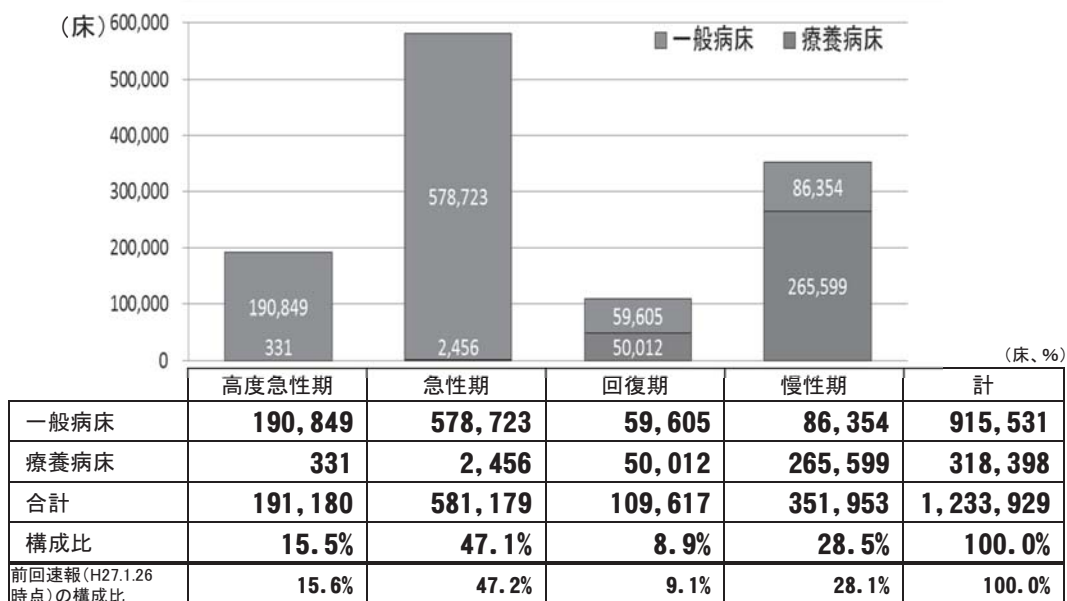
- 2025年の医療需要と病床の必要量**
 - ・ 高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに推計
 - ・ 都道府県内の構想区域(2次医療圏が基本)単位で推計
- 目指すべき医療提供体制を実現するための施策**
例) 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、医療従事者の確保・養成等

○ 機能分化・連携については、「地域医療構想調整会議」で議論・調整。

病床機能報告制度における病床の機能区分の報告状況【速報値(第3報)】

○ 以下の集計は、平成27年3月2日時点でデータクリーニングが完了し、集計可能となった医療機関におけるデータを集計した速報値である。

《2014(平成26)年7月1日時点の病床の機能区分別の病床数(許可病床)》



(注)集計対象1,247,363床のうち、現時点の病床の機能区分について未選択の病床が13,434床分あり、上表には含めていない。

地域医療構想の策定とその実現に向けたプロセス

- 地域医療構想は、平成27年4月から、都道府県が策定作業を開始。
- 医療計画の一部として策定することから、都道府県医療審議会で議論するとともに、医師会等の地域の医療関係者や住民、市町村等の意見を聴取して、適切に反映。

① 都道府県は、機能分化・連携を図る区域として「構想区域」を設定。

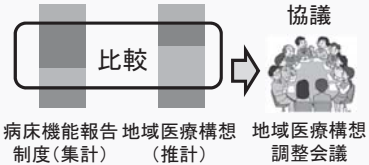
- ※ 「構想区域」は、現在の2次医療圏を原則とするが、①人口規模、②患者の受療動向、③疾病構造の変化、④基幹病院へのアクセス時間等の要素を勘案して柔軟に設定

② 「構想区域」ごとに、国がお示しするガイドライン等で定める推計方法に基づき、都道府県が、2025年の医療需要と病床の必要量を推計。地域医療構想として策定。

③ 地域医療構想の実現に向けて、都道府県は構想区域ごとに、「地域医療構想調整会議」を開催。

- ※ 「地域医療構想調整会議」には、医師会、歯科医師会、病院団体、医療保険者等が参加。

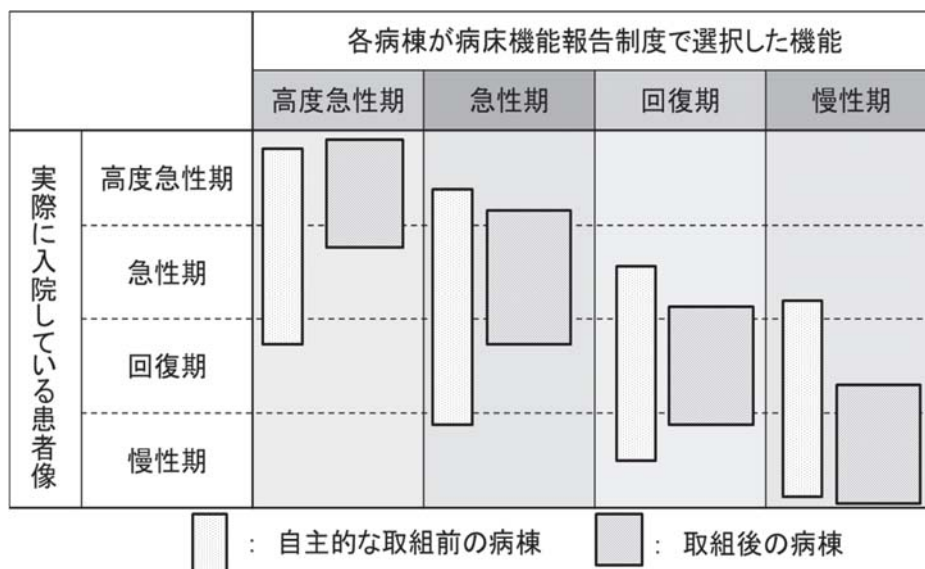
- ・ 病床機能報告制度の報告結果等を基に、現在の医療提供体制と将来の病床の必要量を比較して、どの機能の病床が不足しているか等を検討。

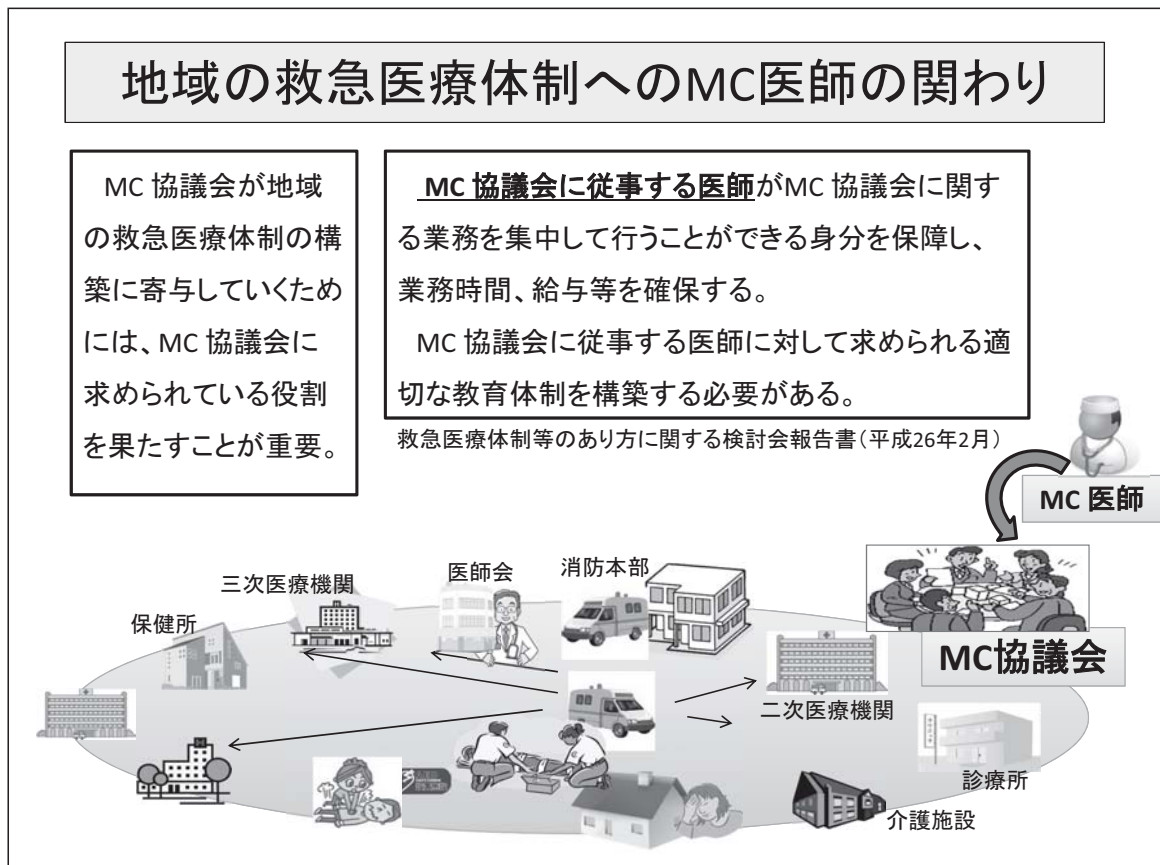
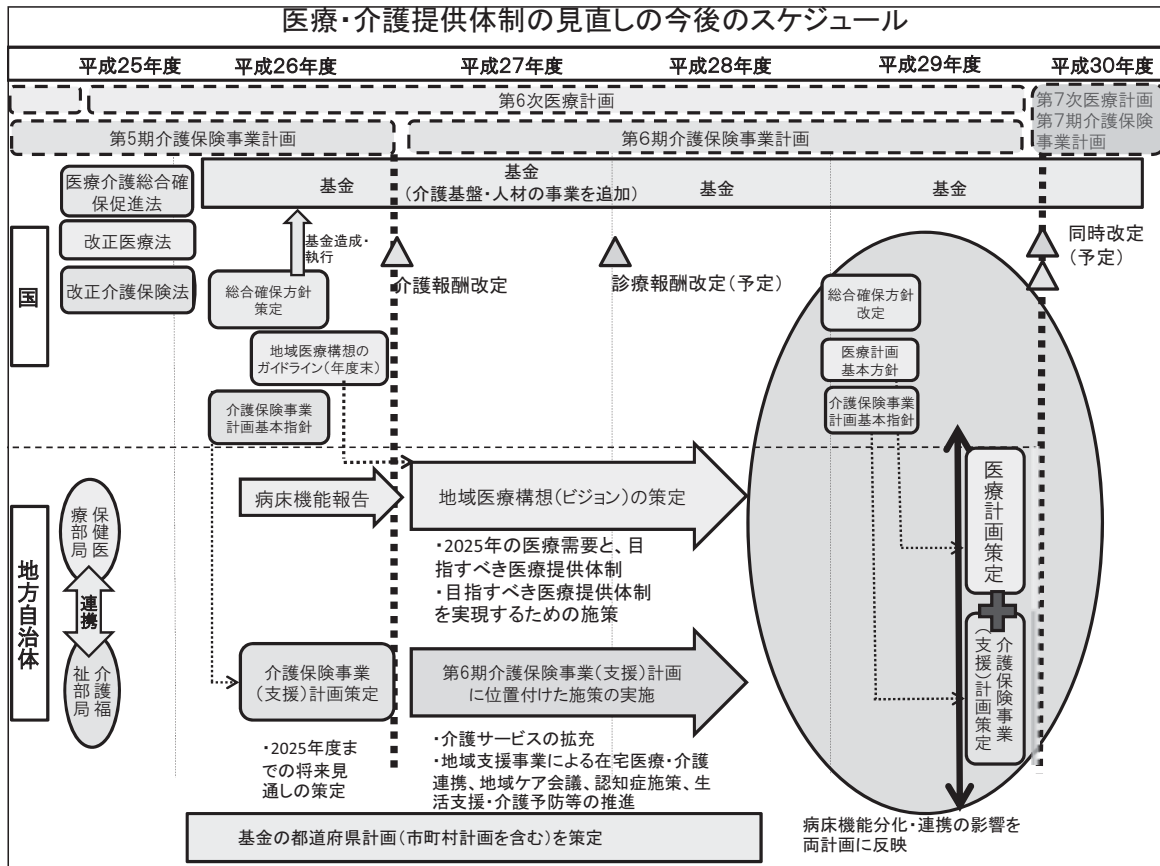


- ・ 医療機関相互の協議により、機能分化・連携について議論・調整。

④ 都道府県は、地域医療介護総合確保基金等を活用し、医療機関による自主的な機能分化・連携を推進。

地域医療構想の実現による 医療供給体制の改革のイメージ





メディカルコントロール体制強化事業

目的

都道府県が地域の救急医療の実情に精通した医師（MC医師）をMC協議会に配置することにより救急搬送困難事例の解消等を図り、円滑な救急搬送受入体制を構築する。

MC体制のもとで、消防法における傷病者の搬送及び傷病者の受入れに関する基準の検証を行うことなどを通じて地域の救急医療体制を強化するとともに、MCに精通した医師を育成することを目的とする。

MC医師の役割

- ・課題の把握、分析
- ・消防機関・医療機関等への指導、助言
- ・救急医療機関及び後方支援病院の確保、支援
- ・搬送先医療機関及び転送先医療機関の確保、調整
- ・情報発信
- ・連絡会議の開催

搬送困難事例受入医療機関支援事業は、MC体制強化事業を実施している地域で行うこと

MC医師に期待される役割

公的な立場として地域を俯瞰した視点を！

- ・現場と行政との橋渡しとしての役割
- ・変化する人口構造や疾病構造を把握し、MC協議会内外の調整（行政機関等も含む）と市民への還元
- ・PAD症例の検証、搬送困難症例の検証な従来の事後検証とは異なる検証作業に取り組む役割




平成26年度メディカルコントロール体制強化事業 実績報告

	山形県	埼玉県	千葉県	岐阜県	大阪府
MC医師 配置場所	・山形県救急 業務高高度化 推進協議会	・埼玉医科大 学総合医療セ ンター	・東葛飾南部地 域救急業務MC 協議会 ・千葉県東部地 域救急業務MC 協議会	・岐阜県メ ディカルコント ロール協議 会	・大阪府救命 救急センター 及び2次救急 告示医療機関 (15カ所)
配置人数	4名	3名	3名	8名	15名
事業実施 内容例	県、市町村、 消防機関、医 療機関、医師 会、保健所、 警察と連携し て、現状把握、 分析。	消防機関から の要請に応じ て受け入れ先 の調整を行う とともに、それ でも見つから ない場合は自 ら受け入れを 実施。	実施基準の医 療機関リスト等 の更新、消防機 関・医療機関に 対するヒアリン グを実施。 県内二次以上 の救急医療機 関に対する救急 患者の出口問 題に係る調査。	問題把握のため、 検証票 データベースから データ分析。 県下の医療機 関に緊急度・重 症度の高い患 者に対する収 容を目的に協 力依頼。	出口問題の実態 把握に努めると ともに、地域の救 急医療機関や後 方支援病院との 意見交換等によ り、後方支援病院 への受け入れ促 進が可能となる 方策の検討を実 施。


事業実施内容例は報告書から抜粋(記載はそのごく一部)

MC医師のための研修 「メディカルコントロール体制の整備に関わる医師の研修会」

平成26年度
日 程：平成26年1月15～16日(2日間)
参加者：医師 23名、県職員 7名
内 容：地域の救急医療体制の把握の手法
搬送困難事例を減らすための対策 等



本年度も開催予定(秋頃)
参加者：本事業参加者及び平成28年度以降実施予定者
(厚労省から都道府県衛生主管部局に対して案内予定。)
内 容：地域の救急医療体制を円滑に運用するための手法
等



AEDの設置登録情報の有効活用

設置者による登録作業等の事務負担軽減から販売業者を通じて日本救急医療財団に登録することの協力依頼

(「自動体外式除細動器(AED)の設置登録に係る取りまとめの協力依頼について」
平成19年3月30日 医政指発0330007号 厚生労働省医政局指導課長通知)

日本救急医療財団から都道府県にAED設置登録情報を提供するので、適切な管理、アクセス向上及び、効果検証に活用するよう情報提供

(「自動体外式除細動器(AED)の設置登録情報の提供について」
平成19年3月30日 都道府県衛生主管部AED担当課長宛 事務連絡)

地方公共団体が情報提供を希望した場合に提供するよう検討依頼

(「自動体外式除細動器(AED)の設置場所に関する情報提供について」
平成25年9月27日 医政指発0927第5号 厚生労働省医政局指導課長通知)



日本救急医療財団に寄せられるAED設置登録情報を6月末を目処に都道府県等へ情報提供できるように、日本救急医療財団では検討を進めている。

AEDの普及・啓発に関する課題と取組

心原性でかつ心肺機能停止の時点が一般市民により目撃された症例のうち一般市民による除細動が行われた場合

	平成17年	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年
症例数	17,882	18,897	19,707	20,769	21,112	22,463	23,296	23,797	25,469
PAD実施	46	144	287	429	583	667	738	881	907
割合	0.3%	0.8%	1.5%	2.1%	2.8%	3.0%	3.2%	3.7%	3.6%
社会復帰	11	42	102	164	209	255	287	317	388
割合	23.9%	29.2%	35.5%	38.2%	35.8%	38.2%	38.9%	36.0%	42.8%

出典：消防庁 平成26年版 救急・救助の現況(一部改変)

AEDを市民が使用するも除細動に至らなければ、記録がとられておらず、市民の救護活動の実態はわからない。



普及・啓発が足りないのか、AEDの設置が足りないのかどこに介入すべきかが見えていない。

・AEDが実際にどのように使われているか
・使われなかった原因は何か
などの課題を明らかにし、PADを増やしていく取組につなげる。

災害拠点病院への傷病者受入れ体制の確保に関する調査結果

平成27年3月24日 医政地発0324第2号 厚生労働省医政局地域医療計画課長通知

- ・全国の災害拠点病院(676病院)を対象に、ハザードマップ等による災害拠点病院の被災想定とその対策及び周辺道路冠水によるアクセス支障に関する調査を実施。
- ・洪水・内水、土砂災害、地震、液状化、津波・高潮、火災延焼、火山および救急車等の車両・徒歩来院患者・病院職員の病院へのアクセス支障。

状況	対策の有無	具体的対策例など
被害なし 278	有 4 (0.6%)	ヘリポートあり
	無 274 (40.5%)	—
代替路でアクセス可能 219	有 35 (5.2%)	ヘリポート設置、救急艇配備、職員宿舎を隣接、地元消防や市町村と協議中
	無 184 (27.2%)	—
代替路の確保困難 179	有 25 (3.7%)	ヘリポート整備、ゴムボート、水陸両用車で搬送、職員宿舎を隣接、地元消防や市町村と協議中
	無 154 (22.8%)	地元消防や市町村と協議予定、病院へ直結できる主要道路整備中

調査結果に基づき都道府県に対応をお願いする事項

具体的対策を講じること。(災害拠点病院、都道府県)

- ・各種災害による被災が見込まれるものの、具体的対策を講じていない災害拠点病院は、地域全体が浸水する被害が想定されるなど、災害拠点病院単独では解決できない課題もあることから、都道府県を中心に対応策の検討をお願いしたい。

消防機関、市町村の防災部署と連携し、対応策を検討すること。(災害拠点病院)

- ・病院周辺道路の冠水想定による病院へのアクセス確保の状況については、代替路の確保が困難で、対策を講じていない災害拠点病院が154病院(22.8%)であった。これは災害拠点病院単独で解決できる課題ではないため、今後は消防機関、市区町村の防災部署と連携し、その対応策の検討をお願いしたい。

関係部局と連携してハザードマップの作成を検討すること。(市区町村)

- ・被害想定を不明と回答する病院が多かった。災害のリスクに応じて、関係部局と連携してハザードマップの作成を検討されたい。

全国メディカルコントロール協議会連絡会関連資料

目次

	ページ数
全国メディカルコントロール協議会連絡会開催要綱	71
各関係機関による自己紹介	73
日本臨床救急医学会への協力依頼と回答	86

全国メディカルコントロール協議会連絡会開催要綱

(目的)

第1条 救急需要の増大や救急業務の高度化に伴い、救急救命士を含む救急隊員等が行う応急処置等の質を医学的観点から保障することを目的に全国的に設置されている、消防機関と救急医療機関等で構成するメディカルコントロール(以下「MC」という。)協議会の機能について、更なる充実・強化が求められており、さらに今後、救急医療提供体制を構築する場としての活用も期待されているが、各地域におけるMC体制やMC協議会の取組は様々である。そのため、消防庁及び厚生労働省は、MC協議会に関する機関がMC体制に関する課題を整理するとともに、自己評価及び他のMC協議会から学ぶことができるよう情報共有及び提言の場として、救急医療に関する学会、団体、消防機関、医療機関等により構成される全国メディカルコントロール協議会連絡会(以下「連絡会」という。)を、開催する。

(検討・実施事項)

第2条 連絡会は、次の各号に掲げる事項に関する事務を行う。

- 一 MC体制の充実・強化に関する現況把握及び情報交換
- 二 各地域のMC体制の充実・強化に資する提言
- 三 その他連絡会が必要と認める事項

(組織)

第3条 連絡会は、全国のMC協議会関係者、MC体制の整備に関わる医師、救急救命士、救急隊員等病院前救護に従事する者、その他関係機関からの出席者をもって構成する。

- 2 連絡会に会長を置く。
- 3 連絡会の会長は、次条第6項に定める会長が務めるものとする。

(世話人会)

第4条 各関係機関が抱えるMC体制に関わる課題を整理し検討するため、連絡会に世話人会を置く。

- 2 世話人は、次の各号に掲げる関係機関の推薦する者で構成する。
 - 一 関係学会(日本救急医学会、日本臨床救急医学会、日本麻酔科学会)
 - 二 関係団体(日本医師会、日本救急医療財団、救急振興財団)
 - 三 消防関係機関(消防庁、都道府県消防防災・危機管理部局長会、全国消防長会、消防本部)
 - 四 医療関係機関(厚生労働省、全国衛生部長会、全国保健所長会)
 - 五 その他関係機関
- 3 世話人の任期は2年以内とし、再任を妨げない。
- 4 世話人が異動等により関係機関の推薦が得られなくなったときは、関係機関から新たに推薦される後任が任期を引き継ぐものとする。
- 5 世話人は、世話人会に出席することができない場合には、代理人を世話人会に出席させることができる。
- 6 世話人会に会長及び会長代行を置き、世話人の互選により定める。
- 7 世話人の推薦により、会長が指名する3名以内の相談役を置くことができる。
- 8 会長は世話人会の会務を統括する。
- 9 会長は、世話人会に必要と認める者を参考人として加えることができる。
- 10 会長代行は、会長に事故があるときにその職務を代理する。
- 11 相談役は、会長及び会長代行を補佐する。

(その他)

第5条 この要綱に定めるもののほか、連絡会の運営及び第1条に掲げる目的を達成するために必要となるその他の事項については、会長がこれを定める。

2 連絡会の庶務は、関係機関の協力を得て、消防庁救急企画室及び厚生労働省医政局地域医療計画課が行う。

附 則

この要綱は、平成19年5月18日から施行する。

附 則

この要綱は、平成26年5月2日から施行する。

附 則

この要綱は、平成27年4月1日から施行する。

関係機関の紹介

目次

関係機関名【開催要項記載順】	ページ数
日本救急医学会	75
日本臨床救急医学会	76
日本麻酔科学会	77
日本医師会	78
日本救急医療財団	79
救急振興財団	80
都道府県消防防災・危機管理部局長会	81
全国消防長会	82
消防本部	83
全国衛生部長会	84
全国保健所長会	85

一般社団法人・日本救急医学会

設立：昭和 48 年（1973 年）

目的：国民の保健・医療・福祉に寄与するため、救急医学の進歩発展を図り、救急医療の普及と発展に貢献する事

会員数：10,466 名（平成 27 年 4 月現在、医師が中心）

専門医（救急科専門医）：4,065 名（平成 27 年 4 月現在）

— MCに関わる取組み —

本学会は、地域の多様性を踏まえつつ、学術的普遍性を念頭に学術団体としての活動を展開してまいりました。MCに関連し、現在は以下のような項目に力点を置き活動しています。

（1）新専門医制度：救急専門医としてMCに関わる要件を盛り込む

救急科領域では、「専門研修後の成果（Outcome）」にMCを明記しており、これは救急科領域のみの大きな特徴です。具体的には、3年間の専門研修の期間に、病院前救護体制とMC体制の知識を習得するとともに、救急救命士への指示・指導を指導医とともに適切に行えることを必須の項目としております。すなわち、救急科専門医資格取得には直接MCに関わる知識・技能を必須条件としています。その上で、地域MC協議会の活動については、指導医とともに見学すること等により、その知識を習得することを目指しています。

さらに、専門医取得後の更新時に報告すべき経験例に、救急救命士への直接の指示・指導を含むことを認めています。

（2）MC体制検討委員会と教育・研修統括委員会が連携して、MCに関わる継続的教育・研修システムの構築

MC体制検討委員会（溝端康光委員長）では、MC体制に関わる体系化された教育コースの構築に取り掛かっています。学会として救急科専門医教育だけでなく、専門医資格取得者に対し事後検証や救急救命士の教育等に加え、地域MC協議会活動に必要な事柄の教育・研修体制の構築を目指しています。すなわち、地域MCや都道府県MCの指導的役割を担う救急医に必要な知識・技能の範囲・内容を明らかにし、その育成を図ることは本会の重要な使命の一つであり、この教育・研修体制の確立に取り掛かっています。

一般社団法人 日本臨床救急医学会

1. 本学会の特徴

本学会は、1998年（平成10年）、医師をはじめ看護師や救急隊員など救急医療に関連する多職種のものが一堂に会して救急医学と医療体制を論じる目的で誕生しました。以来、諸先輩による年一度の学術集会開催に加え、各種の委員会活動を通して救急医学の発展に尽くしてまいりました。救急診療を特徴づけるものは時間軸であり、緊急度・重症度、さらには病態に応じた迅速な医療サービスの提供が不可欠です。この医療サービス提供には医療機関や傷病者の情報伝達、傷病者の搬送・病院選定および医療機関での診療すべてが密に関連し、円滑に機能しなければなりません。救急診療の質は、対象となる傷病や病態の研究だけでなく救急医療体制の整備・充実を含めて保証されるものであり、これら全体を研究する学術領域が救急医学です。本学会が、救急医療に従事する多職種のものや関連諸団体との方々と対等に議論し、研究を進めているのはこのためです。

救急患者の救命、良好な転帰を期待すれば一刻も早く救護や診療を開始するに焦点が向けられるのは必然的なことです。このようなことから消防機関を中心とした病院前救護とメディカルコントロールの役割は重要な位置づけとなっています。このため、救急隊員とのつながりは強く、心肺蘇生法や病院前救急医療体制について学術的な議論を重ねております。

2. 病院前医療およびメディカルコントロールにかかる本学会の活動

- ① メディカルコントロール検討委員会
- ② 教育研修委員会
- ③ 緊急度判定体系のあり方に関する検討委員会
- ④ 小児救急委員会
- ⑤ 患者安全検討推進委員会
- ⑥ 心肺蘇生の中止に関する検討委員会
- ⑦ 法執行機関との医療連携のあり方に関する検討委員会
- ⑧ 地域救急医療体制検討委員会
 - AMLS 小委員会
 - PCEC・PSLS 改訂小委員会
 - 外傷初期診療におけるチーム医療推進検討ワーキンググループ
- ⑨ バイスタンダーサポート検討特別委員会

3. 本学会と全国メディカルコントロール協議会連絡会とのかかわり

- ① 2006年9月13日：「全国メディカルコントロール協議会連絡会準備会」立ち上げのための準備会に参加。
- ② 2006年11月1日：「全国メディカルコントロール協議会連絡会準備会」（福岡市）を日本臨床救急医学会とともに主催。
- ③ 2006年12月12日：第1回幹事会に参画し、全国メディカルコントロール協議会連絡会を日本臨床救急医学会会期に合わせて開催することが決定。
- ④ 日本臨床救急医学会学術集会に合わせ、2007年5月（神戸市）、2008年6月（東京都）に開催するも、2009年6月（大阪市）は新型インフルエンザ流行の恐れがあり中止。
- ⑤ 2014年5月（宇都宮市）において日本臨床救急医学会にあわせ開催。
- ⑥ 2015年4月、厚生労働省医政局地域医療計画課長よりの「全国メディカルコントロール協議会連絡会に対する協力依頼について」を受け、「本会の総会・学術集会の会期に合わせて、会場の確保および運営について協力する」旨を回答。
- ⑦ 2015年6月4日（富山市）にて、本学会に合わせて開催する予定。

代表理事 横田順一郎

日本麻酔科学会

団体名

公益社団法人 日本麻酔科学会

設立

1954年10月22日、東京大学医学部麻酔学教室を中心に、現在の学会の前身である日本麻酔学会が、麻酔科学に関する研究調査をすすめながら、国内外関連学会との連携協力を行い、麻酔科学の進歩普及とわが国の学術文化発展に寄与することを目的に設立された。

2001年6月20日に社団法人格を取得。さらに2011年4月1日から公益社団法人に移行したことに伴い、公益に貢献するシンクタンクとして、様々な学会活動や認定医制度の更なる充実を図り、周術期の患者の生体管理を中心としながら、患者の命を守り、安全で快適な医療を提供することを一段と強化していく。

事業の概要

公益社団法人日本麻酔科学会（以下、本学会という）は、周術期の患者管理を中心としながら、救急医療、集中治療、疼痛管理、緩和医療などの領域において、患者の命を守り、安全で安心できる医療を提供する。

本学会は、以下の理念を掲げ事業を行う。

1. 質の高い麻酔科医の育成
2. 先端的研究の推進と新たな医療技術の創成
3. 麻酔科医療の啓発
4. 他領域との協働
5. 国際的な医療連携への貢献

会員数：12,239名(2015年3月31日現在)

専門医数：4,047名

認定医数：2,151名

救急に関する弊会の活動：

- ・2004年7月1日、厚生労働省医政局より都道府県MC協議会または地域MC協議会が受講資格ありと認めた一定条件下の救急救命士に、気管内チューブによる気道確保の実習と資格取得後の気管内挿管実施が認定されることとなり、以来11年有余にわたり、全国の麻酔指導病院において、麻酔科学会指導医・専門医など広範な麻酔科学会会員の協力と指導のもと「30例以上の救急救命士の気管内挿管実習」を爾来支えている。
- ・2010年度から麻酔科専門医新規認定にAHA-ACLSの受講修了が必須となったことに伴い、学会全7支部(北海道・東北／東京／関東・甲信越／東海・北陸／関西／中国・四国／九州)で原則年2回ACLS、BLSコースを開催しているほか、指導者レベルの知識のリフレッシュのため、下記の2コースを年1回実施している。
 - ・日本麻酔科学会理事を受講対象とした理事コース(2005年度～)
 - ・専門医試験官を受講対象とした試験官コース(2010年度～)

受講者数推移【()内会員数】

	2010	2011	2012	2013	2014
ACLS	218(28)	205(29)	199(27)	167(9)	176(26)
BLS	181(55)	216(17)	171(12)	126(12)	234(12)

公益社団法人 日本医師会

1. 日本医師会の概要

会員約 16 万 6 千人を有する民間の学術専門団体。開業医約 8 万 4 千人、勤務医約 8 万 2 千人(平成 26 年 12 月 1 日現在)で構成。都道府県医師会、郡市区医師会とは密接な関係。

2. 日本医師会による救急災害医療の活動

- ・救急の日ポスター、CABDカードの作成・配布
- ・救急・災害に関する生涯教育の推進
- ・JMAT(日本医師会災害医療チーム)、被災者健康支援連絡協議会の創設、医薬品の搬送や医療機関の再建支援等
- ・2014年8月1日、内閣府より、災害対策基本法上の「指定公共機関」の指定
- ・緊急時総合調整システム Incident Command System(ICS)基本ガイドブックの制作
- ・都道府県災害医療コーディネート研修の共催
- ・原子力災害における安定ヨウ素剤ガイドライン、ガイドブックの作成 等

3. 日本医師会とメディカルコントロール

- ・日本医師会ではMCを広い意味で捉えている
 - 地域医療構想等を示していくなかでの幅広いMC
 - 在宅医療や高齢者施設、緩和ケアなどの施設での医療関連行為へのMC
- ・都道府県医師会救急災害医療担当理事連絡協議会(平成 26 年 9 月 18 日開催)
 - 高齢社会の進展を見据え救急搬送・救急医療のあり方を協議
- ・日本医師会災害医療対策委員会・諮問(有賀徹委員長、他委員 19 名、オブザーバー(行政等)6 名)
 - ①地域包括ケアシステムにおける救急医療のあり方～メディカルコントロール体制の強化～
 - ②「指定公共機関」としての日本医師会のあり方
- ・政府予算概算要求要望書の提出
 - MC体制の機能強化・勤務医師のMC体制、救急医療情報システムの関与への支援

4. 今後の課題

- ・超高齢社会、都市部の高齢化、地方の人口減少と、救急搬送・救急医療、災害医療
 - 今までなら入院していた患者が在宅医療へ
 - ・在宅患者の急変対応、介護施設からの救急搬送、自宅・介護施設での終末期、看取り
 - 地方の人口減少→救急医療機関の統廃合→広域搬送
 - 高齢化は、要援護者 = 災害弱者の増大にも直結
- ・「地域医療構想(ビジョン)」による医療機能の分化と、救急搬送・救急医療
 - 各病院・有診で、急性期機能から他の機能(回復期など)への機能転換の流れ
 - 救急医療を終えた患者の地域包括ケアシステムでの受入れ

一般財団法人日本救急医療財団

■財団の発足

- | | |
|------------|---|
| 平成3年3月29日 | 厚生大臣の設立許可を受け財団法人日本救急医療研究財団として発足 |
| 平成3年12月19日 | 救急救命士法に基づく指定登録機関及び指定試験機関の指定を厚生労働大臣から受け、財団法人日本救急医療研究・試験財団と改称 |
| 平成10年4月1日 | 財団法人日本救急医療研修財団と統合し、財団法人日本救急医療財団と改称 |
| 平成24年4月1日 | 一般財団法人移行に伴い、一般財団法人日本救急医療財団と改称 |

■財団の目的

本財団は、救急医療に関する研究に対する助成並びに調査研究を行い、その成果を広く社会に還元すると共に、救急医療に関する教育啓発、救急救命士に係る試験事務等及び医師、看護師、救急救命士その他救急医療に従事する者等の資質の向上のための研修等を行うことにより、国民の健康と福祉の向上に貢献することを目的とする。

■財団の事業

- 1 救急医療に関する技術的実践的な研究を行う大学、学会、研究機関等への研究助成
- 2 救急医療に関する調査研究
- 3 救急医療に関する普及啓発
- 4 救急医療従事者等に対する教育研修
- 5 災害時等の救急医療に関する事業
- 6 救急救命士国家試験の実施等に関する事務
- 7 救急救命士賠償責任保険代行事業に関する事務
- 8 その他、本財団の目的を達成するために必要な事業

■メディカルコントロールに関する取り組み

メディカルコントロール（MC）に関しては、上記の4救急医療従事者等に対する教育研修事業が中核である。具体的には、毎年、厚生労働省から受託して開催している救急医療業務実地修練において、MCに関する研修を行っている。

医師に対しては、「病院前医療体制における指導医等研修」として、上級者・初級者向けの2つの研修を実施している。また、その他の研修においてもMCに関わる事項が盛り込まれている。

一般財団法人 救急振興財団

1. 沿革と概要

救急振興財団は、プレホスピタル・ケアの充実を目的として平成3年4月に成立した救急救命士法を受けて、消防機関の救急救命士養成を主たる目的に、同年5月、全国47都道府県の共同出資により財団法人として設立された(平成25年4月から一般財団法人に移行)。

全国の消防機関の行う救急業務は、傷病者に対するプレホスピタル・ケアの重要な一環として、今や国民生活になくてはならない行政サービスとなっており、全国どこでも、誰もが、同じように高度で、迅速で、献身的なサービスを受けられるよう、その充実と高度化が強く求められていることから、当財団では、救急救命士の養成を計画的に進めるとともに、併せて救急に関する調査研究事業及び地方公共団体が行う応急手当の普及啓発支援事業等を行っている。

2. 主な事業

(1) 救急隊員に対する高度な教育訓練の実施

全国の救急隊員を対象として、救急救命士の国家試験を取得させるために、研修所において高度かつ専門的な教育を実施。

平成3年8月の教育訓練事業の開始以来、平成5年10月に救急救命東京研修所(東京都八王子市)を、平成7年4月に救急救命九州研修所(福岡県北九州市)を開設し、現在では、両研修所あわせて毎年800名の救急救命士の養成を行っている。

累計約 18,000人(東京研修所 12,000人、九州研修所 6,000人)

また、そのほか、生涯教育の一環として次のような教育訓練を実施している。

- ① 薬剤投与の追加講習(平成18年度～25年度、九州研修所)
- ② 指導救命士養成研修(平成26年度～、九州研修所)
- ③ 処置拡大追加講習(平成27年度～、東京・九州研修所)

(2) 救急に関する調査研究

救急隊員の知識及び技術の向上や救急業務の充実強化に向けて、次のような事業を実施している。

- ① 「全国救急隊員シンポジウム」の開催(年1回開催)
第22回(平成26年1月30日・31日) 北九州市
第23回(平成27年1月29日・30日) 相模原市
第24回(平成27年12月3日・4日予定) 札幌市

※ 全国救急隊員シンポジウムの閉会后、引き続き全国 MC 協議会連絡会が開催されるのがこれまでの慣例。

- ② 救急救命の高度化の推進に関する調査研究事業
- ③ 救急に関する先進的な調査研究事業に対する助成

(3) 地方公共団体が行う住民に対する応急手当の普及啓発の支援

- ① 機関誌「救急救命」の発行
- ② 「救急の日ポスター」の作成
- ③ 応急手当普及啓発用資器材等の寄贈
- ④ 高度な救急救命処置の訓練用資器材の交付

以上

都道府県消防防災・危機管理部局長会（会長：埼玉県）

I 都道府県消防防災・危機管理部局長会の概要

1 沿革等

昭和37年に創設された「都道府県消防主管課長会」を発展的に改組し、全国都道府県の消防防災・危機管理を統括する部局長による意見交換や協議の場として、平成18年4月に発足した。

2 主な事業

- ・ 総会（年2回）
- ・ 幹事会（年2回）
- ・ 国に対する要望活動

II 救急搬送における課題と現在の取組状況について

以下の課題及び取組については、埼玉県のものである。

1 救急搬送における課題

・ 指導救命士制度の導入

救急業務の質の向上と消防機関と医療機関の教育負担軽減に資するものとして指導救命士を中心とした指導体制の構築が求められている。

指導救命士制度の導入にあたっては、各消防本部における指導救命士の役割や位置付け等を明確化した上で、県MC協議会として認定の枠組を決める必要がある。

・ 救急隊員等の感染症防止対策

救急隊員が救急業務に従事するにあたっては感染防止対策の徹底が必要であり、今後、医療機関から抗体価検査や予防接種の実施を求められる事例が増えてくると、何らかの財政措置が必要となる。

2 現在の取組状況

・ ICT導入の推進

救急現場にタブレット端末を導入し、リアルタイムで医療機関の受入状況が確認できるようになり、適切かつ迅速な搬送先の選定につながっている。

・ 受入医療機関確保基準（消防法第35条の5第2項第6号）策定の推進

救急搬送における搬送困難事案の解消に向け、対象医療機関に空床確保費用等の資金援助を行うことにより、各地域MC協議会と医療機関における受入医療機関確保基準の策定を積極的に推進している。

・ MC医師の設置

救急搬送における搬送困難事案の解消に向け、救急搬送先の選定に苦慮する事案について、消防機関からの依頼により、助言や受入れ医療機関の調整を行うMC医師の運用を開始した。

全国消防長会

1 関係機関の紹介

全国消防長会では、全国消防長会規約18条に

「本会の事業目的を達成するため、事業推進委員会を置く。」

更には

「事業進委員会は、総会及び役員会における決議事項並びに事業計画に基づく諸事業の協力的な推進を図るとともに、諸情勢に対処して必要な措置、対策を推進するものとする。」

と、明記されている。

その事業推進委員会のうち、「救急委員会」については、52消防本部の委員から成り立ち、その所掌事項としては、以下のとおりである。

- 1 救急関係法制事案の措置推進に関すること
- 2 救急業務の制度及び体制の調査研究に関すること
- 3 **メディカルコントロール体制の構築に関すること**
- 4 救急隊員の教育、訓練及び資格制度に関すること
- 5 救急業務の技術改善に関すること
- 6 応急手当の普及促進に関すること
- 7 その他救急業務に関すること

2 メディカルコントロール体制に対する取組

メディカルコントロール（以下、「MC」という。）体制については、救急委員会の役割のひとつであるところだが、直接的にMC体制を管轄しているわけではないため、各都市におけるMC体制に関する諸課題を持ちより、情報交換や情報提供し、MC体制の円滑化を図っているのが実情である。

救急委員会では、開催地域の救急医療に深く関わり、地域の救急業務の骨幹となるMC体制の中核をなす医師等に御講演をいただき、MC体制の円滑な取組や医療との連携を充実強化するため、顔の見える関係の構築に努めている。

また、発足時より、情報交換や情報提供に留まらず、消防庁等の国機関へ要望する事が望ましい案件については、救急委員会で審議し決議された場合、全国消防長会総会へ議案提出し、消防庁等へ、「全国消防本部の総意」として「要望」を行っている。

救急救命士法施行以降の要望については、下表のとおりである。

平成3年	救急救命士の資格取得者に対する処遇のあり方
平成4年	救急救命士養成教育に要する費用に財源措置について
平成6年	消防機関で行う救命講習修了の位置づけについて
平成6年	トリアージタグの統一化について
平成7年	消防ヘリコプターによる救急患者搬送に伴う諸問題の検討について
平成8年	救急隊員の就業中教育実施要領の作成について
平成8年	消防学校における救急隊員教育体制について
※平成11年	病院前救護体制のあり方に関する検討会への対応について (平成12年1月 厚労省・自治省消防庁へ要望書提出)
平成13年	救急隊員の安全対策について
※平成13年	応急手当普及啓発における心肺蘇生法の改正に係る研修会の開催について (平成13年12月 救急振興財団へ要望書提出)
※平成14年	救急救命士の処置範囲拡大に関する意向調査結果と今後の対応について (平成14年6月 厚労省・総務省消防庁へ要望書提出)
※平成25年	救急救命士が使用するビデオ喉頭鏡を用いた気管内チューブによる気道確保の実施について<講習体制・実習要領の改正> (平成25年7月 総務省消防庁へ要望書提出)
※平成27年	転院搬送における救急車の適正利用等に係る要望について (平成27年6月 総務省消防庁へ要望書提出予定)

※は関係機関へ要望書提出（それ以外は、席上要望議了案件）

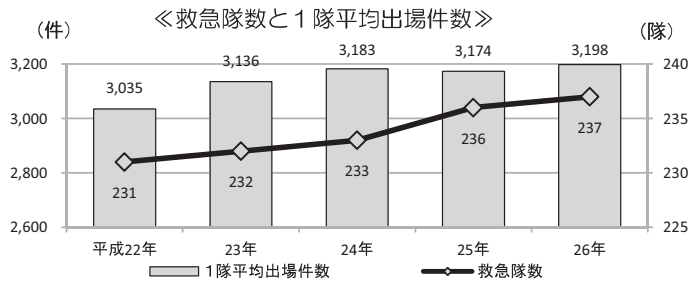
東京消防庁の救急活動の現況

平成27年6月4日

※平成26年中データは全て速報値

1. 救急隊の現況

増加する救急需要により、救急隊の活動時間が増加している。

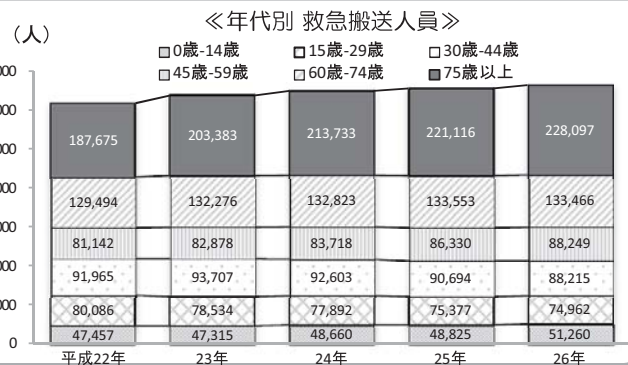
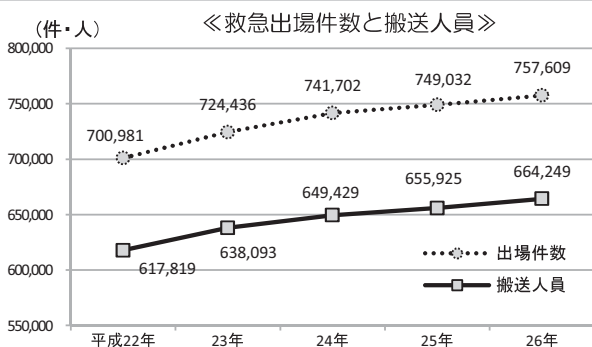


《救急隊の1日（24時間）の出場状況/26年中》

全救急隊の平均出場時間	13時間20分
当庁で最も出場件数の多い 大久保救急隊の場合	
出場件数	4,422件
平均出場時間	14時間38分
最長出場時間	22時間55分

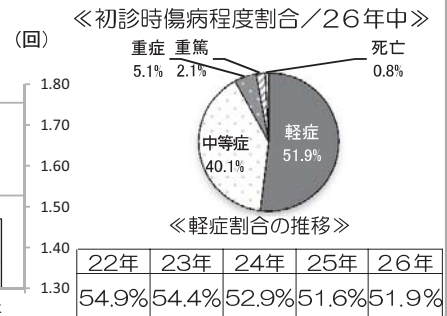
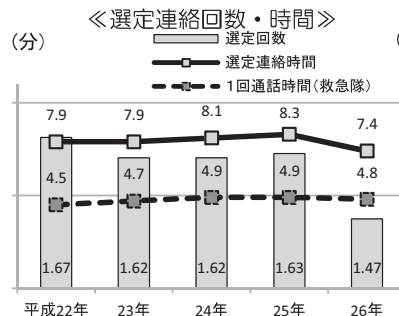
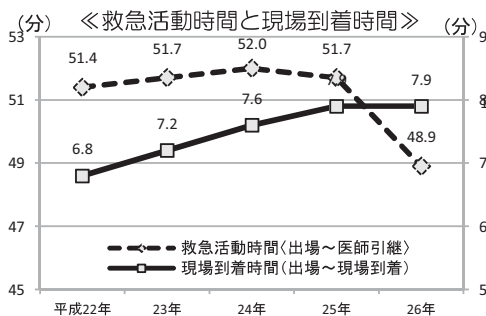
2. 救急件数・搬送人員の動向

救急出場件数は、平成22年から連続して過去最高を更新しており、搬送人員の3分の1以上が75歳以上の傷病者である。今後、高齢化社会の進展に伴い、更に救急出場件数は増えると考えられる。



3. 救急活動時間等の現況

現場到着時間及び救急活動時間は年々延伸傾向にあったが、救急活動時間については、搬送連絡時間の効率化（3分ルール）や医療機関における早期の引き継ぎ等により、短縮に転じた。



★救急需要の増大を踏まえた取組み★

①救急活動体制の充実強化

1 救急隊の増強

平成27年度5隊増強



2 適正な労務管理

休憩時間確保方策及び交替乗務方策に関する試行・検証

3 拡大2行為救命士の養成

血糖測定・ブドウ糖投与、ショック輸液可能な救命士の養成

②救急車の適正利用の促進

1 適正利用に関する広報の充実

トレインチャンネルや新聞1面広告による広報の実施



2 関係機関との連携

関係機関との連携により、転院搬送における病院救急車等の活用を要請していく

3 救急相談センターの利用広報促進

③応急手当の普及促進

1 都民や事業所等と協働した応急手当の普及促進

2 小・中・高等学校の総合防災教育における応急手当の普及促進

3 応急手当奨励制度の推進

事業所、商店街、町会及び自治会等の自主救護能力を一層向上

優良証交付状況
(平成26年度末)
1,212対象



全国衛生部長会

1) 本会の目的

本会は、衛生行政に関する都道府県及び指定都市（地方自治法第 252 条の 19 第 1 項の「指定都市」をいう。以下同じ。）間の連携を緊密にし、衛生行政の円滑な推進を図ることを目的としている。この 10 年来各自治体において、保健、衛生、医療、福祉施策を扱う部局が統合される傾向にあり、現時点でこの会の目的である「衛生」という言葉の中には、公衆衛生全般、つまり保健、医療そして福祉も含まれていると解釈できる。

2) 本会の会員

本会の会員は、原則として、都道府県及び指定都市の衛生主管部局長の職にある者としている。

3) 本会の事業

- (1) 衛生行政に係る都道府県及び指定都市間の連絡調整に関する事業
- (2) 衛生行政の推進を図るために必要な施策の立案、調査研究及び情報提供に関する事業
- (3) 衛生行政に係る国に対する政策提言及び要望に関する事業
- (4) その他本会の目的を達成するために必要な事業

4) 活動中の専門委員会「災害時保健医療活動標準化検討委員会」

災害時の公衆衛生活動を調整する医師、保健師等の専門的知見を有する職員により構成される「災害時健康危機管理支援チーム（仮称）」（以下「DHEAT」という。）の資格認証の制度化を検討を行っている。

表 1 平成 28 年度衛生行政の施策及び予算に関する要望（全国衛生部長会要望書より抜粋）

1 医療人材の確保・育成
2 救急医療・周産期母子医療・精神医療の充実
3 在宅医療・介護連携の推進
4 地域医療提供体制の整備に対する支援
5 災害対策及び放射線対策の推進
6 たばこ対策・生活習慣病対策の充実
7 がん対策の充実
8 予防接種実施支援及び肝炎対策の充実
9 感染症対策の充実
10 難病対策の充実
11 認知症対策及び自殺予防対策
12 乳幼児・子ども及び障害者、ひとり親家庭等に係る医療費の国による自己負担軽減 策の強化及び地方単独医療費助成に対する療養給付費負担金等の減額措置の廃止
13 食品衛生・生活衛生対策及び危険ドラッグ対策

全国保健所長会

全国保健所長会会長（鹿児島県伊集院保健所長）

宇田 英典

【全国保健所長会】本会は、旧保健所法（昭和 12 年）が全面改正され新保健所法が制定された昭和 22 年に設置され公衆衛生の向上に寄与することを目的としている。設置自治体及び管轄区域毎に現在（平成 27 年 4 月）都道府県型 364、政令市型 122 の計 486 カ所の保健所が設置されている。

【保健所の機能と役割】平成 6 年「保健所法」が改正された「地域保健対策の充実強化に関する法律」で規定されており（昭和 22 年 9 月 5 日法律第 101 号）「・・・地域住民の健康の保持及び増進に寄与することを目的とする」としている。そのなかでは、地域保健に関する思想の普及及び向上、医事及び薬事、公共医療事業の向上及び増進や、その他、栄養改善、食品衛生、住宅、水道、下水道、廃棄物の処理、清掃等、環境衛生、母子保健、成人保健、歯科保健、精神保健、難病、感染症対策等の 14 項目に関する事業が保健所の所管業務となっている。

【救急医療や災害医療との関わり】

- 地域保健法や医療法等に基づき、様々な傷病（小児救急、急性疾患、生活習慣病等）に関する予防対策や生活衛生の改善・確保はもとより、医事、公共医療事業の向上及び増進（離島・へき地医療も含む）への企画、調整、評価等を行っている。
- また、近年では、医療と公衆衛生の連携も災害医療の分野で重視されてきており、災害医療コーディネータやDMA T等と連携協働して、救急・救命、急性期以降の公衆衛生的支援を行うためのDHEAT（健康危機管理支援チーム）の創設も検討されている。
- 高齢社会のなかで、急性期後の地域ケア体制の整備等、医療と介護の広域連携（市町村枠を超えた2次医療圏等）についての役割を担うことも求められている。

※ 参考：医療計画（医療法：昭和 23 年 7 月 30 日法律第 205 号）第三十条の四

- 1) 都道府県は、医療提供体制の確保を図るための医療圏毎の「医療計画」を定める。
3次医療圏 最先端、高度な技術を提供する特殊な医療を行う医療圏。原則都道府県単位。
2次医療圏 一般的な医療サービスの提供圏。複数の市町村単位（単・複数保健所単位）
2次医療圏 344、救急医療圏 376と都道府県型保健所管轄区域が重なる地域が多い。
- 2) 「5疾病・5事業および在宅医療」の医療連携体制（平成 19 年改正医療法）
5疾病：がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患
5事業：救急、災害、離島・へき地、小児・小児救急、周産期の医療

【MC協議会との関わり】

- 地域 MC 協議会において会長を務めている協議会があるほか、ほとんどの協議会において構成員となっており、広域における救急医療体制や広域災害対応等について意見交換等を行っている。
- 救急医療を担う中心的な医療機関が見あたらない地域での医療機関間の連絡調整、医療機関や消防機関等との連絡調整等、保健所が有する中立的立場での役割を求められることもある。

※ 鹿児島県

県MC協議会 委員 20 名 医師会・医療機関：11、保健所長会：1、消防長：6、県：2
地域MC協議会 委員 8～22 名 同様の構成+保健所長会から全ての協議会に1～3名参加
県ドクターヘリ運航委員会 保健所長会から委員として参加。

※ 全国

保健所長が会長職 248 の地域 MC 協議会のなかでいくつかの県・地域
（例：福島県地域MC協議会 4 カ所、栃木県、茨城県筑西保健所、新潟県長岡保健所等）



医政地発0318第1号
平成27年3月18日

一般社団法人 日本臨床救急医学会
代表理事 横田 順一朗 殿

厚生労働省医政局地域医療計画課長



全国メディカルコントロール協議会連絡会に対する協力依頼について

平素より救急医療体制の充実に格別のご配慮を賜り、厚くお礼申し上げます。
さて、厚生労働省は、全国のメディカルコントロール協議会の情報共有の場として、全国メディカルコントロール協議会連絡会（以下「連絡会」という。）を消防庁と年間2回主催しております。本連絡会の開催につきましては、従来より、冬季の全国救急隊員シンポジウムに合わせて開催してきていることを考慮し、貴学会が初夏に開催される総会・学術集会に合わせて開催したいと考えております。つきましては、本連絡会開催に当たり、救急医療に関わる医師・看護師・救急隊員等から構成されている貴学会の協力が必要であるため、格段のご高配を賜り、下記のとおりご協力をお願い申し上げます。

記

1. 会場について

貴学会の総会・学術集会の会期に併せて、本連絡会を開催したく、会場確保及び会の運営について御協力いただきますようお願い申し上げます。

2. 開催案内の周知について

本連絡会の開催に当たり、貴学会会員等への周知にご協力をお願い申し上げます。

【照会先】

厚生労働省 医政局 地域医療計画課 救急・周産期医療等対策室
病院前医療対策専門官 酒井智彦（内線2597）
救急医療係 石川 理矢子（内線2550）
連絡先 03-5253-1111（代表）
03-3595-2194（夜間直通）



平成 27 年 4 月 2 日

厚生労働省医政局地域医療計画課長 殿

一般社団法人 日本臨床救急医学会
代表理事 横田 順一郎



「全国メディカルコントロール協議会連絡会に対する協力依頼について」の回答

拝啓

時下ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

平成 27 年 3 月 18 日付文書にて貴機関から頂きました標記のご依頼について、本学会理事会での協議の結果、下記のごとく協力することを決定致しましたので、ご報告申し上げます。

敬具

記

1. 会場について

本会の総会・学術集会の会期に合わせて、会場の確保および運営について協力する。

2. 開催案内の周知について

本会の情報連絡網を活用し、会員等への周知に協力する。

以上

【連絡先】日本臨床救急医学会事務所

〒164-0001 東京都中野区中野 2-2-3

(株)へるす出版事業部内

Tel 03-3380-2704 / Fax 03-3380-8627

E-mail: jsem-gakkai@umin.ac.jp

