

福県医発第2083号(地)
平成18年 2月24日



各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 竹 嶋 康



日本医師会救急災害対策委員会報告書について

標記報告書が、日本医師会より送付してまいりましたので、ご参考までに一部お送りいたします。

小郡三井医師会より

担当理事 島田昇二郎



日医発第 956 号(地 I 198)

平成 18 年 2 月 9 日

都道府県医師会長 殿

日本医師会長

植 松

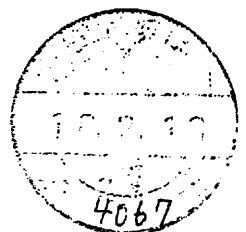


救急災害医療対策委員会報告書の送付について

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、本会の救急災害医療対策委員会では、「医師による救命処置・治療の推進について」について、2 年間にわたり検討を行ってまいりました。

この度、本職宛に報告書が提出されましたので、参考までに貴会分として一部お送りいたします。ご査収いただきますようよろしくお願い申し上げます。



救急災害医療対策委員会 報 告 書

平成18年2月

日 本 医 師 会
救急災害医療対策委員会

平成18年2月

日本医師会長

植 松 治 雄 殿

救急災害医療対策委員会

委員長 小 林 国 男

本委員会は、平成16年8月26日開催の第1回委員会において、貴職から、「医師による救命処置・治療の推進について」について、検討するように諮問を受けました。

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

救急災害医療対策委員会

委員長 小林 国男（帝京大学医学部名誉教授、帝京平成大学教授）

副委員長 野島 丈夫（鳥取県医師会副会長）

委員 石原 哲（東京都医師会救急委員会委員長）

〃 稲坂 博（愛知県医師会理事）

〃 門脇 謙（秋田県医師会常任理事）

〃 小濱 啓次（川崎医療福祉大学教授）

〃 茂松 茂人（大阪府医師会理事）

〃 鈴木 弘祐（千葉県医師会副会長）

〃 豊田 馨（前北海道医師会常任理事） ～平成17年4月18日

〃 半澤 一邦（大分県医師会常任理事）

〃 目黒 順一（北海道医師会常任理事） 平成17年4月19日～

目 次

はじめに	1
I. 日本医師会 A C L S（二次救命処置）研修事業	
1. インストラクターの確保	2
2. テキスト	6
3. 日本医師会、国・地方公共団体の支援	6
II. 救急医療体制	
1. ドクターカー、ドクターヘリ	8
2. 救急災害医療体制と国庫補助金改革、医療計画の見直し	10
3. 小児救急医療対策	12
III. 災害医療対策	
1. 震災	15
2. 列車脱線事故	16
3. 災害拠点病院との連携	17
4. 医師会の災害医療行政への参画	18
まとめ	19
別紙 日本医師会 A C L S（二次救命処置）研修インストラクター登録制（案）	21

はじめに

全ての医師は、救命処置・治療の研鑽に努めなければならない。同時に、救急医療の標準化が進められている中で、日本医師会及び地域医師会には、医師に対する教育・啓発を不断に続けていく責務がある。この理念の下、本委員会では、二次救命処置（ACLS：Advanced Cardiac Life Support）の普及、推進を主な議題として、会長諮問「医師による救命処置・治療の推進について」に関する検討を重ねた。

前期本委員会において提言した「日本医師会ACLS（二次救命処置）研修」事業は、約600の研修会を指定し、6000名を超える医師に修了証を交付するまでに至った。日本医師会は、国民が安心して暮らすことのできる社会の構築に貢献するため、今後も、本事業を基幹事業として確立する努力を惜しんではない。そのためには、本委員会が、本事業の遂行状況を検証し、抽出した課題を検討して改善に向けた提言をしていく必要がある。その観点から、今期は、ACLS研修会実施の大きな障壁であるインストラクターの確保策を中心に検討を行った。

また、「官から民へ」、「国から地方へ」という「小さな政府」を目指す小泉政権の下、「三位一体の改革」による救急医療体制に関する国庫補助の制度改革や、救急搬送のあり方の見直しなどが議論の的となった。

他方、今期は、新潟県中越地震、尼崎列車脱線事故、スマトラ沖地震津波やパキスタン地震など国内外を問わず、大規模災害が発生した。また、のべ2,200万人を動員した愛知万博では、愛知県医師会の尽力もあり、大過なく終了した。平成7年の阪神・淡路大震災を契機に導入された災害拠点病院制度や広域災害・救急医療情報システムに加え、日本版DMAT（Disaster Medical Assistance Team）等新たな取組みが我が国の災害医療体制に導入されている。これらの施策が実際に機能しているか、または今後機能しうるかについても、新潟県中越地震や尼崎列車脱線事故などから得られた教訓を基に議論を行った。

今期は、平成18年医療制度改革に向け、厚生労働省社会保障審議会をはじめとする様々な場で、多岐にわたる検討が行われた。その主軸は、事業ごとに医療連携体制を構築し、急性期医療、亜急性期医療、回復期リハビリテーション、慢性期医療、在宅医療、介護として機能の分担と連携を図ろうというものである。検討の対象には、救急医療、災害医療、小児医療、周産期医療、へき地医療等が対策事業として含まれており、本委員会としても重大な関心を持って臨んだ。

日本医師会においても、地域医療の担い手の立場から独自の政策を提言、遂行することが求められている。本委員会答申がこれに貢献することを望むものである。

I. 日本医師会 A C L S（二次救命処置）研修事業

日本医師会では、特に、A C L Sについて、前期本委員会による提言を基に、「日本医師会 A C L S（二次救命処置）研修要綱」（以下、日医 A C L S 研修要綱）を定め、平成 16 年 3 月 1 日より同研修事業を開始しているところである。今期の本委員会では、本事業の充実、推進のため、A C L S 研修会のソフト面での障壁となっているインストラクター等の養成・確保について主に検討を行った。検討に当たっては、坂本哲也帝京大学医学部教授を招いて我が国や海外における A C L S 教育の現状について説明を受けるとともに、意見の交換を行った。

なお、救急救命士による気管挿管の実施が平成 16 年 7 月より認められ、さらに薬剤投与（エピネフリン）が平成 18 年 4 月を目途に認められる予定である。これに加え、平成 16 年 7 月より、非医療従事者の自動体外式除細動器（“Automated External Defibrillator”。以下、「A E D」）による除細動が条件付で認められた。今回の検討に当たっては、こうした背景も考慮した。

1. インストラクターの確保

A C L S 研修会の実施には、ハード面とソフト面の障壁がある。このうち、ハード面の障壁に当たる訓練用人形や A E D など機器類の導入方策については、平成 16 年度に共同購入支援事業や各都道府県医師会に対する購入費補助事業を実施した。

他方、ソフト面の障壁では、インストラクターの確保がこれに当たる。日医 A C L S 研修事業の趣旨である、全ての医師の研修修了を実現するために必要な研修会の開催数の増大には、一定水準の質が担保されたインストラクターの確保が不可避の課題である。その解決には、財政的な支援だけで対応できるものではない。

（1）日医 A C L S 研修のインストラクターに求められる水準

現行の日医 A C L S 研修要綱では、「講師やインストラクター等が、救急蘇生法に精通している者であること」（第 8 条第 3 項第 5 号）としている。今期の委員会では、日医 A C L S 研修におけるインストラクターについて、将来的に具体的にどこまでの水準を求めるべきかについて、検討を行った。

その結果、日医 A C L S 研修が全ての医師、とりわけ常時救急医療に従事してはいない医師を主たる対象としており、A H A（American Heart Association. アメリカ心臓病協会）の A C L S（Advanced Cardiovascular Life Support）コースと同等の研修内容を指定研修会に対して求めるものではないこと、かつ A C L S の普及を早急

に図る必要があることから、インストラクターについても同コースの水準である必要はないと結論した。

A C L S 研修会の中心となる者については、後述のとおり日本救急医学会認定 I C L S (Immediate Cardiac Life Support) コースディレクター等の資格等、一定の資質が担保されていることが望ましいが、他のインストラクターには資格等の有無を問わず、「A C L S トレーニングマニュアル」(日本救急医療財団監修、同財団心肺蘇生法委員会編著)の内容と本研修要綱の標準カリキュラムを教えられる程度であればよい。

なお、いずれのインストラクターであっても、A C L S 研修会への参加経験を重ねるだけではなく、教える能力も養うべきである。地域医師会主催の A C L S 研修会にあっては、中高齢の医師の参加が多いと思われるが、特に彼らに対する配慮(敬意、体力等)を含めた教え方を身に付ける必要がある。

(2) インストラクターの養成、確保

現在、A C L S 教育に熱心な医師が休日を犠牲にして各地に赴き、インストラクターの役割を果たしているが、これでは健全な状態とはいえない。早期に各地域でインストラクターを確保する必要がある。

① 研修会の開催の推進

インストラクターの確保は、A C L S 研修会開催数の増大にとって大きな課題であるが、インストラクターになるためにはまず研修会を受講、修了することが必要である。その地域で研修会の開催が盛んになれば、当初は他地域からのインストラクターに依存していたとしても、研修会を修了した医師がこれにとって代わることができるようになる。したがって、ハード面の障壁の改善も含めた A C L S 研修会の開催推進方策の実施が必要である。

② 勤務医のインストラクター参加への環境づくり

若い医師でインストラクターを務めることのできる者は勤務医が中心であり、平日に開催される A C L S 研修会に参加することが困難な例も多いものと推察される。

これに対し、A C L S 研修会の開催や協力をする地域医師会が所属医療機関の院長等にインストラクターの派遣を要請すれば、そのインストラクターは日常業務として研修会に参加することがしやすくなる。日本医師会からも、各地域医師会に対して勤務医のインストラクターへの参加に理解と協力を求めることが必要である。

③地域での連携

地域医師会による研修会実施の成否は、その地域でA C L S教育に熱心に取り組んでいる団体や個人、キーパーソンとどれだけ連携をとることができるかにかかっている。そして、一度接点を持つことができれば、研修会の継続実施につながる。

地域医師会によっては、その所管地域にインストラクターやA C L S教育に取り組んでいる団体・個人がいるということ自体を知らない場合も考えられる。管下の人材、実状を十分に把握している人物を確保することが必要である。

④トレーニングセンターの設置

効率的にA C L S研修会を開催できるよう、地域に常設のトレーニングセンターを設け、同じ場所で研修会を実施できるようにすることが望ましい。特に、大学にはかなりのリソースがあるので、地域医師会も参画して学内にセンターを開設することも重要である。

他方、大学や救命救急センターにトレーニングセンターを設置した場合は、その研修内容がA H AのA C L Sコース等となり、救急医療に従事していない医師を主な対象とする日医A C L S研修と合致しない可能性もある。

日医A C L S研修事業において、これまで指定した研修会では、地域医師会が器具を整備し、医師会館、医師会病院や医師会看護学校等を開催場所に行っている例も少なくない。地域の実情に合わせ、これらの施設を活用することや、地域医師会が管内の病院を選んで常設のトレーニングセンターを設置することが望ましい。その場合は、日本医師会においても、後述のような地域医師会に対する支援を行うべきである。

⑤インストラクターの登録制

日本救急医学会では、そのホームページに認定I C L Sコースディレクターを掲載している。これに倣い、日本医師会が、地域医師会によるA C L S研修会のインストラクターを務められる人材をリストアップすることが一策である。

また現在、都道府県域を超えてA C L S研修会に参加するインストラクターも多い。自県ではインストラクターを確保することができない地域に他県からの派遣を受ける、あるいは研修会開催医師会が他県にいるインストラクターに参加要請をすることが容易にできるシステムを全国的に構築するという方策も考えられる。

さらに、指導をすることができるだけの力量はあるが資格を持っていないために、

インストラクターにならない医師もいる。それら潜在的なインストラクターを活用する仕組みづくりも必要である。

将来的には、日本医師会がインストラクター養成研修会を指定し、その修了者に証書を交付して評価を与えることが望ましい。しかし、研修会開催の喫緊対策として、別紙のとおり、日本医師会 A C L S（二次救命処置）研修インストラクター登録制を提案する。

⑥インストラクターの学習目標

上記登録制において登録される医師は、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び社会復帰率の向上に資するという日医 A C L S 研修の趣旨を理解し、全ての医師による A C L S 研修会の受講、修了に貢献することを目的としなければならない。インストラクターの学習目標を下記に掲げる。

1) 一般目標

日医 A C L S 研修要綱に定める学習目標や標準カリキュラム等、A C L S 研修会における教育内容を熟知し、その効果的な指導方法を実践できるインストラクターとなること。

2) 具体的目標

- (ア) A C L S を医療従事者に普及させることの意義を説明することができる。
- (イ) 日医 A C L S 研修要綱に定める学習目標や標準カリキュラム等に基づく指導項目、指導方法、用語等を理解することができる。
- (ウ) A E D や訓練用人形等の操作をすることができる。
- (エ) 様々な教育方法を学び、実践することができる。
- (オ) インストラクターとしてのマナーを身に付け、受講者、特に中高齢者に対して敬意を払った指導をすることができる。
- (カ) 受講者の年齢、経験、専門領域等に応じた指導をすることができる。
- (キ) ブース内での役割分担を考え、チーム一体となった指導をすることができる。
- (ク) インストラクター経験者が、初心者に対して自らの知識・経験を提供し、インストラクターを育てていくことの意義を理解することができる。
- (ケ) 自らの指導経験を踏まえ、自身の目標を持ってコースに臨むことができる。
- (コ) インストラクターとしての目標を持ち、継続的に研鑽することの意義を理解することができる。

2. テキスト

平成17年3月、日本医師会では、日本救急医療財団心肺蘇生法委員会編著の「ACLSトレーニングマニュアル」について、同マニュアルを標準テキストとした「日本医師会ACLS（二次救命処置）研修要綱」を再編集し、全会員に配布した。

同マニュアルは、救急蘇生法（心肺蘇生法）に関連する学会や省庁、団体が参加する上記委員会が作成した、いわば我が国のACLS公式マニュアルであり、これを全会員に配布したことは我が国のACLSのあり方にとっても意義のあることであった。

なお、同テキストの基となったAHAの国際ガイドライン2000が、国際蘇生法連絡委員会（International Liaison Committee on Resuscitation, ILCOR）により2005年11月に一部改訂された。これに伴い、日本救急医療財団の日本版救急蘇生ガイドライン策定小委員会において、ILCORのガイドライン2005に沿った日本のガイドラインの策定作業が進められている。現行の日医ACLS研修では、「テキストが、日本救急医療財団監修、同財団心肺蘇生法委員会編著「ACLSトレーニングマニュアル」の内容を全て含むものであること」としているが、同マニュアルについても近々に一部改訂が行われることを念頭においておく必要がある。

3. 日本医師会、国・地方公共団体の支援

（1）日本医師会による共同購入支援事業及び補助事業

ACLS研修会の開催には高額な訓練用人形やAED等の確保がハード面の障壁となる。日本医師会では、地域医師会や医療機関等へのこれらの機器の導入を図るため、まず平成16年7月に共同購入支援事業を実施した。その結果、訓練用人形は合計150台、AEDは2,118台の共同購入が実現した。

続いて、翌年1月に各都道府県医師会に対して一律100万円の補助を行う訓練用人形等購入費補助事業を実施した。地域によっては、同補助事業が契機となり、地方公共団体による補助が実現した例もあるとのことである。

日本医師会は、今後も、ハード、ソフトの両面の障壁に対する財政的な課題の解決に向けた努力を続けるべきである。

（2）公的支援の確保

国公立病院や公的病院には、医師等の医療従事者、施設や設備・機器類等の医療資源が備わっている。日本医師会は、これらの資源を地域の医師を対象とするACLS研修に活用できるよう、厚生労働省に対して要求するべきである。

また、平成17年度及び平成18年度の政府予算編成に当たり、日本医師会では、

A C L S 教育及び設備整備の推進として、①医師を対象としたB L S、A C L S 研修会運営費、②A C L S 研修会設備整備、③医療機関へのA E D 配備などを内容とする要望を政府与党に対して行った。

国・地方の財政悪化や「三位一体の改革」の下、救急医療が国民生活にとって最重要である。日本医師会は、A C L S 教育に関しても国庫補助の実現に努めるべきである。

(3) 国・地方公共団体の責務

そもそも国・地方公共団体には、国民・住民が安心して生活を送ることができる社会を築く責務がある。とりわけ、救急医療体制の確保、充実は重要といえる。その実現には、全ての医師にA C L S 教育を実施することが不可欠である。

国・地方公共団体は、我が国のA C L S 普及のため、上記のような医療資源や公費による公的支援を不断に実行するべきである。

Ⅱ. 救急医療体制

1. ドクターカー、ドクターヘリ

救急患者の救命率及び社会復帰率の向上には、医師がプレホスピタルケアの段階から出動して救命処置・治療を実施することが最善なのは言うまでもない。そのためには、ドクターカーやドクターヘリの普及が不可避の課題である。

さらに、ドクターカーやドクターヘリの普及は、医師の A C L S の資質と技術の向上、地域住民との信頼関係の構築、また救急隊との連携にも役立つことになる。

(1) ドクターカー

①郡市区医師会の役割

ドクターカー事業の安定的、継続的な運用には、地域の医師による理解と参加が必要である。そのためには、千葉県船橋市のように、郡市区医師会が中心となってドクターカー事業を運営するのが望ましい。

また、医師会員は、ドクターカー事業に参加する医師やドクターカーが到着するまでの救命処置・治療を実施する医師でもあることから、郡市区医師会は、ドクターカー事業の推進と併せて、会員に対して A C L S 教育を行うべきである。

その観点からも、日本医師会及び都道府県医師会は、各地域における A C L S 教育の推進、支援に尽力するべきである。

②ドクターカー事業実施の地理的条件

ドクターカーを先駆的に事業化した船橋市医師会によれば、ドクターカー事業の実施には、人口当たりの医師数、その市の人口規模や人口密度が一定数以上であることが必要とされている。現在の国庫補助事業を改組するなどして、船橋市のような地理的条件に合致する都市において、全国規模でモデル事業を試みるべきである。

なお、ドクターカー事業は、その搬送距離から、全県的な事業ではなく県下の地域を単位とするものである。したがって、ドクターカー事業の成否は、財源を負担する地方公共団体（市）、搬送機関である消防機関、地域の医師を代表する郡市区医師会の連携が重要である。特に、船橋市のように、消防署分署を市立病院に設置し、その救急車を利用する方式では、三者の連携が不可欠である。現在、市町村の合併や、広域的共同処理方式（事務委託、一部事務組合、広域連合）への移行による消防機関の広域化により、郡市区医師会と市、消防機関の所管区域に齟齬が生じているおそれがあり、三者の連携に向けた郡市区医師会の役割の重要性が増している。

(2) ドクターヘリ

我が国の国土は山岳地帯や森林地帯が多くを占め、へき地や離島も多い。また、人口当たりの医師数や医療機関数にも格差がある。そのため、ドクターヘリの普及推進は、地域における医療の平等化、救急患者の救命や社会復帰にとって重要である。

①財源の確保

厚生労働省によるドクターヘリ事業は、現在9か所で実施されている。これに対し、消防・防災ヘリは、一定の必要性は認めるものの、本来はドクターヘリの代替とするべきものではない。患者搬送を前提とした構造・設備ではない消防・防災ヘリよりも、患者搬送に対して迅速かつ確実に出動態勢を取ることができ、機能的、構造的にも優れているドクターヘリの運用を拡大するべきである。

したがって、国及び都道府県は、厳しい財政状況下にあっても、ドクターヘリ事業の拡充のために補助財源の確保に努めるべきである。特に、へき地・離島等の医師、医療機関の数が少ない地域のために運用の確保が必要である。

診療報酬制度によってドクターヘリの運行費を賄うことについては、現在の国の医療費削減策の下では困難である。医療安全対策とともに、救急医療の確保の観点からも、公的医療保険による財源の確保が必要である。

日本医師会においても、ドクターヘリに関する財源の確保に向けた努力を継続するべきである。

②ドクターヘリの柔軟な運用の確保

現在の厚生労働省ドクターヘリ事業は都道府県を単位としているが、隣接県への積極的な出動ができるよう同事業の柔軟性を促すとともに、現場至近の地に円滑に着陸できるよう交通法規等の関係法令の改正を働きかけることが必要である。

また、本委員会では、ドクターヘリにおける課題として、財政上、地理上あるいは住民の受療行動上の観点から、都道府県域を超えた運用が柔軟に認められるべきであるとの意見が多く出され、たとえば九州地方の2、3箇所でドクターヘリを導入して九州全域で運用することなどが提案された。

都道府県域を超えた運用を円滑に実行するため、各都道府県においては補助金の負担配分を含む相互の連携を十分に確保するべきであり、また、国においては複数の都道府県によるドクターヘリ事業の共同運用を認めるとともに、各都道府県に国庫補助を交付するに際して近接県との連携も行うよう要請するべきである。

なお、特に都道府県域を超えた運用を行うこととした場合は、消防機関との連携

が課題である。平常時、災害時を問わず、消防・防災ヘリよりもドクターヘリの出動要請がまず実施されるよう連携体制を図る必要がある。

2. 救急災害医療体制と国庫補助金改革、医療計画の見直し

(1) 国庫補助金改革

救急災害医療体制の確保・充実、国の責務であり、そのための公的補助が不可欠である。しかしながら、「三位一体の改革」を契機とした国庫補助金改革により、平成17年度予算において二次救急医療に対する運営費補助が一般財源化された。すでに一般財源化されている休日夜間急患センター運営費（平成10年）、在宅当番医制運営費補助金（平成16年）と併せ、先年のがん検診等のように一般財源化後に削減された例があることが懸念される。

「三位一体の改革」による補助金廃止後も相当額の税源が移譲されるのだから、国は、各都道府県における救急医療対策の実施状況について、監視や是正策を講ずるべきである。

また、平成18年度予算では、残された救急災害医療関係の国庫補助金（設備整備、運営費）は他の保健・医療関係事業とともに「保健医療提供体制補助金」（統合補助金）に組み入れられる可能性がある。

今般の「三位一体の改革」と従来からの地方分権の進展により、厚生労働省の各都道府県に対する指導力も変化していると思われるが、日本医師会は、補助金改革の前後における各地域の救急医療体制の変容等を調査、把握し、具体的なデータを取りまとめて補助金制度の改善に努めるべきである。

(2) 医療計画の見直し

平成18年医療制度改革では、医療計画制度の見直しが主題であり、とりわけ医療連携体制の構築が中心となっている。中でも、救急医療対策、災害医療対策、小児救急を含む小児医療対策や周産期医療対策は、医療連携体制における主要事業と位置付けられている。

厚生労働省「医療計画の見直し等に関する検討会」中間まとめ（平成17年7月27日）では、①国が主要な事業ごとに指標を提示、②都道府県が数値目標を医療計画に明示、③国が補助金を算定・交付、④都道府県が実施事業を政策評価、⑤都道府県が次期医療計画を見直すという過程が示されている。

医療計画制度の見直しが、真に適切な医療連携体制の構築に資することを求めるが、他方で指標や数値目標の導入等により、次のような点が懸念される。

- ・各都道府県に対する保健医療提供体制補助金が、総額ベースで削減されないか。
- ・各都道府県において、救急医療対策、小児救急を含む小児医療対策や災害医療対策の公的補助に十分に配分がなされるか。
- ・保健医療関係の成果は短期的に得られるものとは限らない。数値目標の未達成が即、次年度以降の国庫補助額の算定に反映されないか。

統合補助金の詳細はまだ具体的になっていないが、他の事業とともに現在の水準の維持・向上を図るためには、国・地方の財政削減を目的にした短期的な視点ではなく、国民・患者の生命・健康を守るための長期的な視点に立つことが必要である。

(3) 救急医療体制の見直し

我が国の救急医療体制は、消防機関の搬送先医療機関について定めた救急告示制度と厚生労働省補助事業に由来する初期・二次・三次救急医療体制とで二元的に成り立ち、住民や救急隊にとって地域の救急医療体制が分かりづらく、利用しづらいものになっていることが長年にわたり指摘されてきた。

そのため、平成9年に「救急医療体制基本問題検討会」が両制度の一元化を図る必要性を指摘した報告を取りまとめたことを受け、翌年、都道府県医療計画の内容を勘案して救急告示病院・診療所の認定を行うこととされた経緯がある。

平成17年、厚生労働省「医療計画の見直し等に関する検討会」において、厚生労働省より、現行の救急患者搬送体制である救急告示制度の見直しが提起された。両制度の一元化の方向が7年前に示されていることが背景にあり、また、救命救急センターをはじめとする搬送先医療機関の要件を示した上での今回の救急告示制度の見直しは、単に消防機関側の課題にとどまらず、初期・二次・三次救急医療体制にも関わる事項である。同検討会においても、救急患者の定義や「初期、二次、三次」の呼称・概念を含めた議論が展開された。

救急告示制度の見直しは、初期・二次・三次救急医療体制のあり方とともに、我が国の救急医療体制全般の課題として捉えるべきであり、また、その見直しは救急医療機関等の資源が充実した地域を基準とするのではなく、全国の各地域において実現可能性の高い普遍的なものとして行われる必要がある。

都道府県医師会・郡市区医師会は、地域の医療提供者を代表する立場にある。その観点から、日本医師会においては、国が救急告示制度を見直すに当たり、各都道府県医師会・郡市区医師会がそれぞれの地域特性や実情を反映した救急医療（搬送）体制の構築を中心となって実現する役割を担えるよう、公の場で主張するべきである。さら

に、地域住民にわかりやすい救急医療体制を構築するため、今回の見直しを契機として、本委員会がこれまで主張してきたとおり、救急告示制度と初期・二次・三次救急医療体制の一元化を図るべきである。

他方、各都道府県医師会・郡市区医師会においても、平成１１年度に東京都医師会が主導して行った従来の輪番制の見直しと、固定・通年制の二次救急医療体制「休日・全夜間診療事業」の導入のように、主体的な役割を果たすべきである。

（４）救急搬送体制の見直し

平成１７年、搬送件数の急増により過大な負担を抱える現場からの要請と、「官業の民間開放」を求める政府「規制改革・民間開放推進会議」の要求とが相まって、総務省消防庁に「救急需要対策に関する検討会」と「救急搬送業務における民間活用に関する検討会」の二検討会が設置され、救急搬送の民間委託や有料化等について検討がなされている。

今後、団塊世代の高齢化や後期高齢者の増加により高齢社会が一層進展することが見込まれ、また、医療制度改革の下で各医療機関の機能分化（急性期、亜急性期、回復期リハビリテーション、慢性期など）や、在宅医療等を進める施策が講じられることから、転院搬送を含めた救急搬送の需要がさらに高まることが予測される。

このような状況下にあって、両検討会で示された課題（トリアージ、費用負担、患者や事業者の安全対策、車両の確保等）の解決策を慎重に講じつつ、救急車をタクシー代わりに利用するような不適切事例の削減策や、緊急性の低い患者搬送の民間委託を実施し、搬送体制の適切な運用を図る必要がある。

３．小児救急医療対策

小児救急医療対策は、医療における諸問題の中でも数年来の喫緊の課題といえ、日本医師会でも平成１３年度に「小児救急医療体制のあり方に関する検討委員会」（委員長：桑原正彦広島県医師会副会長（当時））を設置し、提言を得ている。同委員会の提言や検討内容は、その後の日本医師会の活動に盛り込まれた結果、紹介率の計算式の見直し、小児救急電話相談事業や小児科以外の医師への研修事業の創設（ともに国庫補助事業）、公務員の初期救急医療体制への参加（厚生労働省通知）などにより実現してきた。今後は、これらの政策がどれだけの実効性を伴って進められているかについての検証も行うべきである。

他方、日本医師会自らによる取組みとして、現在実施している日医ＡＣＬＳ研修事業とともに、小児救急医療に焦点を置いた研修も考えられる。

（１）小児の初期救急医療研修

上記委員会が実施した調査によれば、初期医療機関（休日夜間急患センター、在宅当番医制）と二次病院のいずれも軽症患者が約９割を占め、小児救急医療の現場では両者の機能分担がなされていないことが明らかとなった。これを受け、日本医師会では、二次病院の機能を十分に発揮させて地域の医療資源を有効に活用するためには、初期救急医療体制の整備が不可欠であるとの考え方を示している（平成１６年度都道府県医師会救急災害医療担当理事連絡協議会）。

そこで、本委員会では、日本医師会による小児の初期救急医療対策事業の一つとして、地域の医師会等が実施している医師に対する研修会を支援することを提案する。平成１６年医師・歯科医師・薬剤師調査によれば、小児科を主たる診療科とする医師は小児科標榜医師全体の４５．７％（１万４６７７人）であるが、初期救急の主な担い手となる診療所に限ると２７．６％（６，２８４人）に低下する。そのため、既存の医療資源を有効活用する観点からも、小児科が主たる診療科ではないが小児科を標榜している医師を中心とした初期救急医療に関する研修が必要だからである。

本事業は、日医ＡＣＬＳ研修事業に倣い、日本医師会長が指定する研修会を修了した医師に対し、会長より修了証を交付する仕組みである。主な対象医師は、小児科が主たる診療科ではない医師であって、かつ小児科を標榜している者ないし小児患者を診察・治療する機会の多い者とする。地域によっては、研修修了医師が電話相談事業へ参加することも考えられよう。また、電話相談事業に参加している看護職員についても、本事業に付帯して研修が行われることが望ましい。

本事業のカリキュラムや学習目標等の策定やテキストの作成・選定に際しては、「小児初期救急診療ガイドブック」（平成１５年度厚生労働科学研究）等が参考となろう。

小児救急医療対策については、国においても医療計画の見直しや医師偏在対策の観点から検討が行われ、小児救急を含む小児医療対策事業における医療連携体制の構築や、医師の確保が困難な地域における集約化・重点化等が打ち出されている。

日本医師会においても、地域の医療資源を活用した、独自の活動を展開することが期待される。

（２）小児の二次救命処置研修

小児の二次救命処置については、ＡＨＡがアメリカ小児科学会等と提唱したＰＡＬＳ（Pediatrics Advanced Life Support）が現在の世界的標準となっており、我が国では、日本小児集中治療研究会がＡＨＡよりＩＴＯ（International Training Organization）

としての認定を受けている。

今後、日本医師会においても、特に小児科を主たる診療科とする医師を対象として二次救命処置に関する研修事業を実施することが望ましい。

Ⅲ. 災害医療対策

当期の委員会の任期中に、新潟県中越地震や尼崎の列車脱線事故をはじめ、大規模な震災や人災が発生した。これらの災害を教訓とし、医師会における災害対策を検討した。

1. 震災

平成16年10月23日に発生した新潟県中越地震は、死者48名、重傷者635名、軽傷者4,169名（平成17年10月14日現在）を数える震災となった。同震災において特に重視される点について下記に示す。

（１）保健、予防活動の重要性

新潟県中越地震では、これまでの震災に比べ、地元の医療機関の復興が早く、また震災による死因もストレス、疲労や廃用症候群が多くみられるなどの特色があった。

震災時における保健対策は、本委員会前々期報告書においても指摘しているとおり重要である。時間の経過とともに、医療機関も被災して地域のかかりつけ医機能が著しく低下している中での慢性疾患の増悪、感染症、PTSD等への対応や在宅医療などのニーズが増えてくることから、これらの医療を担うことも医師会の役割である。

同地震では、特にインフルエンザ、廃用症候群、深部静脈血栓症／肺塞栓症への対策などの課題が具体的に現れたので、教訓とするべきである。

（２）医師会による指導力、行政や関係団体との連携

新潟県中越地震では、郡市区医師会単位でみると、医師会長が災害対策に指導力を発揮した地域があり、そこでは、日本赤十字社やボランティアも医師会の指揮下に入って救護活動に従事した。

前々期の本委員会報告書にもあるとおり、事前の協定のみならず、災害医療対策協議会を通して、平素より関係各行政機関・団体とのコミュニケーションを図っておくことが、災害時の協力体制、指揮命令系統の確立に大きく関わってくる。

なお、同震災では、地元の医療機関が比較的早期に復興したことから、他県からの医療救護班による無料診療の期限や引き揚げ時期を見極めることも課題となった。

さらに、後述のとおり、今後全国に設置されるDMATと地域医師会との連携の確保も課題として挙げられる。

(3) 新潟県中越地震からの課題、教訓

- ①地元医師会が指揮命令を行う旨をあらかじめ行政との協定に定めていたとしても、実際に災害が発生した時、それが十分に機能しうるか。
- ②被災医療機関の早期復興と、医療救護班の無償活動との関係。
- ③都道府県医師会と郡市区医師会との意思の疎通、情報交換の確保。日本医師会、都道府県医師会及び郡市区医師会が担う役割の分担の再検討。
- ④各地域医師会における医療救護班は、実際に災害が発生した時に機能を発揮できるよう、メンバーの登録状況のチェックがなされているか。
- ⑤感染症（インフルエンザ等）、廃用症候群、深部静脈血栓症/肺塞栓症（いわゆるエコノミークラス症候群）の発生防止。

また、今回の震災にあたり、東京都からDMA Tが派遣され、医療現場における傷病者トリアージや現場医療スタッフに対する助言などの精力的な活動を行った。DMA Tは、平成17年度から事業化されており、全国的に設置されていく中で、災害時医療救護活動の連携や役割分担などが課題となる。

平成13年度本委員会調査によれば、38都道府県医師会がすでに災害に備えて医療救護班を編成し、またその業務内容を見ると「災害発生直後の重症患者に対する医療を実施（トリアージを含む）」が7割を超えている（複数回答）。しかし、資器材の確保などの観点から、実際に都道府県医師会が重症患者に対する医療活動を有効に行うことは困難である。だからこそ、都道府県医師会は、各都道府県における災害時の重症患者に対する医療活動を確保するため、DMA Tの整備・組織化や実際の運用・トレーニングに対して積極的な役割を果たすべきである。なお、DMA Tの運用等には消防機関等関係機関の参画も不可欠である。各都道府県にDMA Tを整備する際には、東京都DMA T計画運営検討委員会のように、当該医師会や消防機関等が参加してDMA Tに関する政策立案、組織化、運用等を行う上部組織を設けるべきである。

また、同調査では、「災害発生直後に現地入りした救護チームの後を引き継ぎ、日常的診療を実施」が約5割を占めた。そのため、災害時医療救護活動におけるDMA Tとの役割分担についても、都道府県医師会に期待することができる。

2. 列車脱線事故

平成17年4月25日に尼崎市において発生した列車脱線事故は、死者107名、負傷者549名（重症139名、軽症410名）（平成17年5月24日現在）を数え、戦後4番目の惨事となった。

本委員会では、救命救急センターにおいて被害者の救護活動にあたった丸川征四郎兵庫医科大学教授を招いて、当時の対応を聞くとともに、意見の交換を行った。

(1) 都道府県域を超えた連携システムの確立

今回の事故が発生した尼崎市は兵庫県内の都市ではあるが、日常生活や経済圏は隣接する大阪府である。また、位置関係からみても、大阪府内の救命救急センターの方が、搬送距離が短い施設もある。

大阪府内の医療機関を有効に活用できなかったことから、被災県の知事による救援要請の可否を含め、県域を超えた連携という従来の課題が改めて認識された。

本事故では、出動した兵庫県の救急隊が自県の医療機関に患者を搬送したのは、搬送経路をよく把握しているからという指摘をすることができる。そのため、都道府県域を超えた連携を図るためには、搬送機関が近隣県の搬送経路をよく把握しておくことが必要である。

本事故における連絡手段には電話が用いられ、インターネットの情報共有を目的に構築された広域災害・救急医療情報システムを活用することはできなかった。局地的な災害であっても、都道府県域を超えた対応が必要な場合では、同システムが十分に活用されるべきである。

(2) 地域医師会の協力、救命救急センターや災害拠点病院等における体制

今回の事故は、兵庫医科大学病院をはじめ患者を受け入れた医療機関にとって、業務時間中に発生したため、通常の体制で対応することができた。しかしながら、休日や夜間などに発生した場合は、院内の人員だけでは対応が困難となる。

地域の状況や医療機関の被災状況によっては、被災者を当地の救命救急センターや災害拠点病院等に搬送して一元的に治療やトリアージをした方が、効率的な場合もある。

しかし、その場合は、その病院だけの人員では対応することが困難であり、マンパワーを確保して地域の医療資源を最大限活用することが課題となる。そのためには、地域医師会との日ごろからの連携が不可欠である。

3. 災害拠点病院との連携

災害拠点病院は、地域の医療機関との連携があつてはじめて役に立つ病院足りうる。災害拠点病院整備事業実施要綱においても、「患者等の受入れ及び搬出を行う広域搬送への対応機能」をはじめとする災害医療支援機能を有していることが要件とされているが、

それらの機能が災害時に実際に発揮されなければならない。

そのためには、地域の医療従事者がともに参加する防災訓練の実施等を行い、平素より「横の連携」が取られていることが必要である。その際には、災害医療救護活動の実効性を確保するため、消防機関等の関係機関も積極的な参加をするべきである。

4. 医師会の災害医療行政への参画

現在、都道府県医師会の多くが災害対策基本法上の指定地方公共機関としての指定を受けている。前々期の本委員会による調査（平成13年度実施）では、都道府県防災会議において「災害医療の確保に充分重点をおいた議論がなされている」と回答したのは10都道府県医師会（23.3%。43医師会中）にとどまっていた。この状況は現在も大差がないと思われるが、地域の災害対策において医療体制を充実させるには、防災会議に参画する各都道府県医師会が災害医療の重要性を強く主張することが不可欠であり、今後も尽力するべきである。

他方、本委員会が数次にわたって求めてきたとおり、日本医師会にあっては、指定公共機関の指定を受けて中央防災会議に参画するべきである。現在、日本赤十字社が指定公共機関の指定を受けているが、それは医療を代表する立場からのものではない。

あくまでも、日本医師会が医療を代表する者として、中央防災会議に参画して我が国における災害対策の構築に当たり、医療の重要性を訴えるべきである。

また、地域医師会（都道府県医師会・郡市区医師会）が災害医療行政に参画することにより、官民が協同してイベントを開催する際の役割も重要なものとなる。平成17年3月より9月まで開催された愛知万博では、愛知県医師会が救急・災害医療対策の一翼を担った結果、入場者数に対する患者数の比率は極めて低いものとなった。万博やワールドカップサッカー（平成14年）やオリンピックにとどまらず、今後も、同様の巨大イベントが我が国で開催される可能性が大きい。その際には、地域医師会が重要な役割を担うことが期待される。

まとめ

それぞれの医師が高い倫理性と専門性を持ってはじめて、「プロフェッショナル・フリーダム」ということができる。今期、植松治雄会長より本委員会に対してなされた諮問事項は、「医師による救命処置・治療の推進について」である。

植松治雄会長は、その就任後、現在の医療制度改革の中で最も重要なこととして医療提供体制の充実を挙げ、そのためにはそれぞれの医師が資質を高め、倫理観を持って患者さんに接するということが基本であるとした。さらに、日本医師会の責務として、会員の生涯教育をサポートし、医師としてのスキルアップを図るとともに、接遇、あるいはインフォームド・コンセントなどの基本的医療課題を、たゆまずに研鑽することも非常に重要であると述べている。

本委員会においても同様の視点に立ち、前期に提言した「日本医師会ACLS（二次救命処置）研修」では、ACLS研修の医師会生涯教育への位置づけ、医師による救命処置・治療実施の推進、研修会修了者の継続的な研鑽の推進などを基本理念に掲げた。

今期では、これら基本理念の保持、発展を目指し、我が国におけるACLSの推進にとって課題であるインストラクターの確保策を中心に検討を行い、本文に掲げるような提言を行った。また、医師によるプレホスピタルケアの推進として、ドクターカー及びドクターヘリの普及の必要性についても言及した。

他方で、我が国の救急災害医療体制が公的補助に大きく依存している現状に鑑み、国・地方の財政再建を背景とした医療制度改革に対して警鐘を鳴らすとともに、短期的視点ではなく、国民・患者の生命・健康を守るための長期的な視点に立つことを求めた。

災害医療については、今期において発生した新潟県中越地震及び尼崎列車脱線事故を貴重な教訓とするべく、日本医師会ひいては我が国がとるべき災害医療対策について、検討を行った。

その中で大きな課題として浮かび上がったのは、災害時における指揮命令系統や意思疎通の確保、都道府県域や職域を超えた「横の連携」の確保、広域災害・救急医療情報システムの活用、災害拠点病院の機能の発揮、日本医師会の中央防災会議への参画など、従来から本委員会が指摘してきた問題が大半であり、その他新たな課題としてDMATの全国への普及などが挙げられた。

これらの課題に対し、地域の災害医療体制の整備を進めるには、特に、医師会と行政との緊密な連携が不可欠である。

本委員会報告書の作成にあたり、A C L Sについては坂本哲也帝京大学教授を、また
尼崎列車脱線事故については丸川征四郎兵庫医科大学教授を招き、説明を受けるととも
に、意見の交換を行った。また、加來浩器陸上自衛隊衛生学校教育部 2 等陸佐からスマ
トラ地震津波に対する救護活動についてご報告をいただいた。三先生のご高説は、本委
員会の検討にあたって大いに参考となった。ここに厚く御礼を申し上げる次第である。

現在、構造改革の名の下に、世界で最も優れた我が国の医療体制が危機に直面してい
る。この難局の打破には、国民から理解と参画を得て運動を展開していくことが不可欠
である。そのためには、医師、医師会は、医療のあらゆる分野において国民から信頼を
得なければならない。救急災害医療は国民の関心が最も高い分野であることから、本委
員会は、日本医師会がこの提言の実現に向けて努力し、それが国民の信頼を得ることに
結実することを希求するものである。

日本医師会 A C L S（二次救命処置）研修 インストラクター登録制（案）

1. 目的・趣旨

日本医師会 A C L S（二次救命処置）研修（日医 A C L S 研修）事業を推進、発展させるために必要不可欠なインストラクターを確保するとともに、その質の担保、向上を図ることを目的とする。

本登録制は、登録を受けた者に対して何らかの資格を付与するものではないが、日医 A C L S 研修におけるインストラクターとして中心的な役割を担うことが求められる。

2. 概要

- （１）本登録制に登録するインストラクター（以下、「登録インストラクター」）を定めた下記の基準を満たす者を各都道府県医師会から推薦してもらう。
- （２）日本医師会において、名簿を作成して登録インストラクターに関する情報を登録する。
- （３）名簿は、登録インストラクターの承諾を得た上で日本医師会会員向けホームページに掲載する。掲載する事項は、個人情報の保護に配慮し、必要最小限のものとする。
- （４）各研修会実施主体は、登録インストラクターから選んだ人物に、直接研修会への参加を要請する。
- （５）日本医師会は、登録インストラクターが下記の基準を満たさなくなったときは、遅滞なく名簿からその情報を削除する。

3. インストラクターの基準

（１）要件

- ①「A C L S トレーニングマニュアル」（日本救急医療財団心肺蘇生法委員会編著）、及び日医 A C L S 研修要綱に定める学習目標や標準カリキュラム等に精通していること。
- ②本報告書本文に掲げる学習目標を達成していること。
- ③A C L S 研修会インストラクターや医師としての品性や倫理を保持していること。

(2) 対象者

上記(1)の要件を全て満たしており、かつACLS研修会において中心的な役割を担うことができる者として、都道府県医師会長が下記の中から推薦する医師であること。

- ①日本救急医学会認定ICLSコースディレクター
- ②AHAインストラクター
- ③日常的に救急医療業務を担当する医師
- ④都道府県医師会ないし郡市区医師会において救急医療を担当する役員
- ⑤地域においてメディカルコントロールを担当する医師
- ⑥日本救急医学会、日本循環器学会、日本麻酔科学会等が認める医師
- ⑦その他、都道府県医師会長が認める医師

(3) 本登録制への登録及び個人情報の提供につき本人の同意があること。

(4) 本人が登録後の研鑽に努めること。