

救急災害医療対策委員会 報告書

令和8年6月

日 本 医 師 会
救急災害医療対策委員会

令和8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6年12月26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、令和7年8月の中間報告書と併せ、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

直近の情勢を踏まえた医師会の救急災害医療対策について

救急災害医療対策委員会

委員長	山口 芳裕	(国際医療福祉大学 特任教授)
副委員長	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	(東京都医師会参与) (~2025年7月15日)
	宮崎 国久	(東京都医師会理事) (2025年7月15日~)
	佐藤 吉沖	(山梨県医師会理事)
	河村 英徳	(愛知県医師会理事)
	平林 弘久	(兵庫県医師会常任理事)
	北村 龍彦	(高知県医師会常任理事)
	西 芳徳	(熊本県医師会理事)
	久保田 毅	(神奈川県医師会理事)
	村上美也子	(富山県医師会会長)
	齊藤 典才	(石川県医師会理事)
	高倉 英博	(静岡県医師会副会長)
	梅田 佳樹	(三重県医師会理事)
	鋤方 安行	(大阪府医師会理事)
	松山 正春	(岡山県医師会会長)
	横倉 義典	(福岡県医師会理事)
	落合 秀信	(宮崎県医師会常任理事)
	出口 宝	(沖縄県医師会理事)
	坂本 哲也	(公立昭和病院院長)
	横田 裕行	(日本救急医療財団理事長)
	郡山 一明	(北九州八幡東病院副院長)
	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	(金沢医科大学救急医学講座教授/日本医師会総合政策研究機構客員研究員)

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

座長	横田 裕行	(日本救急医療財団理事長)
委員	佐藤 吉沖	(山梨県医師会理事)
	久保田 毅	(神奈川県医師会理事)
	高倉 英博	(静岡県医師会副会長)
	梅田 佳樹	(三重県医師会理事)
	落合 秀信	(宮崎県医師会常任理事)

日本医師会二次救命処置 (ALS) 研修の普及・教育資材

座長	坂本 哲也	(公立昭和病院院長)
委員	北村 龍彦	(高知県医師会常任理事)
	西 芳徳	(熊本県医師会理事)
	鋤方 安行	(大阪府医師会理事)
	郡山 一明	(北九州八幡東病院副院長)
	田邊 晴山	(救急振興財団救急救命東京研究所教授)

JMATのあり方

座長	登米 祐也	(宮城県医師会常任理事)
委員	新井 悟	(東京都医師会参与) (～2025年7月15日)
	宮崎 国久	(東京都医師会理事) (2025年7月15日～)
	河村 英徳	(愛知県医師会理事)
	平林 弘久	(兵庫県医師会常任理事)
	齊藤 典才	(石川県医師会理事)
	横倉 義典	(福岡県医師会理事)
	出口 宝	(沖縄県医師会理事)

マスギャザリング災害に備えた医療体制

座長 山口 芳裕 (国際医療福祉大学 特任教授)
委員 新井 悟 (東京都医師会参与) (~2025年7月15日)
宮崎 国久 (東京都医師会理事) (2025年7月15日~)
鋤方 安行 (大阪府医師会理事)

親委員会所属

委員 目黒 順一 (北海道医師会常任理事)
村上美也子 (富山県医師会会長)
松山 正春 (岡山県医師会会長)
秋富 慎司 (金沢医科大学救急医学講座教授/日本医師会総合政策研究機構客員研究員)

目次

I. 総括.....	1
II. 「地域包括ケアシステムにおける救急医療」 ワーキンググループ 報告書	8
III. 「日本医師会二次救命処置（ALS）研修の普及・ 教育資材」ワーキンググループ 報告書 ..	45
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	55

※「JMATのあり方」ワーキンググループ報告書は、令和7年8月に中間報告書として答申を行った。それを踏まえ、令和8年1月1日付で日本医師会の防災業務計画及び別紙のJMAT要綱が改正されている。
(いずれも日本医師会ウェブサイト 災害医療対策のページに掲載)

I. 総括

1. 諸言

「国家」の公共性は、国民の生命及び健康を擁護するという根源的責務に淵源を有し、社会契約論及び普遍的人権思想に裏打ちされた規範的要請として理解されるべきものである。しかしながら、その具体的実現の場は、個々の国民の生活に最も近接する親密圏としての「地域」にほかならない。我が国においては、地域保健法の制定及び地方分権改革の進展を契機として、地域を基盤とする医療・保健・福祉の一体的提供体制の整備が推進されてきたところである。

とりわけ令和4年以降、急速な高齢化の進展及び疾病構造の変容を背景として、「地域包括ケアシステム」の深化は、我が国の医療政策における中核的課題として一層その重要性を増している。医療と介護、さらには福祉を有機的に連関させ、地域住民の生活の質を包括的に支える体制の構築は、制度的整備のみならず、地域の実情に即した実践を通じて不断に深化されるべきものである。

また近年、地震、豪雨その他の大規模自然災害が頻発する中であって、災害医療体制の強化は喫緊の課題となっている。かかる状況下において、日本医師会災害医療チーム（JMAT）による機動的かつ組織的な医療支援はもとより、被災地における地元医師会の継続的な医療提供及び地域復興への主体的関与は、被災住民の生命及び健康の維持に不可欠な機能を担ってきた。災害対応は単なる応急的措置にとどまらず、復旧・復興の過程においても持続的かつ包括的に展開されるべきものである。

さらに、医療と福祉の連携の深化において、地域医師会の果たす役割は極めて重要である。多職種連携の中核として、医学的専門性に基づく知見を提供するとともに、行政機関及び介護・福祉関係者との緊密な協働を通じ、地域住民を中心に据えた包括的支援体制の構築に主体的に寄与することが強く求められている。

加えて、近時の安全保障環境の変化、とりわけ高市早苗総理に代表される政策動向の中で議論が深まっている台湾有事の可能性や、国民保護法の運用に関する検討の進展は、医療界に対しても新たな課題を提起している。すなわち、有事における国民の

生命及び健康の保護という論点は、従来の自然災害や感染症対応とは異なる性質を含みつつも、現実的な備えの一環として無視し得ないものとなりつつある。

もっとも、この問題に関しては、日本医師会員の間においても多様な意見と心情が存在することに十分留意する必要がある。とりわけ、医療が戦争・紛争に関与することに対する倫理的な逡巡や忌避感は、医の倫理に照らしても軽視されるべきものではない。また同時に、有事における医療提供には、平時とは異なる危険環境への対応能力や専門的訓練が求められるにもかかわらず、現状においては必ずしも十分な教育・訓練の機会が整備されているとは言い難いという現実的課題も存在する。

したがって、日本医師会としては、特定の立場を一律に求めるのではなく、こうした多様な認識と課題を踏まえつつ、まずは国民の生命及び健康の保護という本来的使命に立脚し、どのような状況下においても医療が果たし得る役割の在り方について、慎重かつ段階的に検討を深めていくことが求められる。その際には、会員の安全確保、必要な教育・訓練体制の整備、倫理的課題に関する十分な議論と合意形成を前提とし、無理のない形での関与の在り方を模索していくことが重要である。

以上のとおり、平時から災害時、さらには有事に至るまで、地域を基盤とする医療提供体制の重要性は一層高まっている。日本医師会は、国の基本方針との整合を図りつつ、専門職団体としての自律性に立脚し、地域における公共性の担い手としての責務を自覚し、その機能の充実強化に不断に努めることにより、あらゆる局面において国民の生命及び健康の確保に寄与していく必要がある。

2. 「地域包括ケアシステムにおける救急医療」ワーキンググループ

高齢化の急速な進展に伴い、在宅医療や介護サービスを利用する高齢者の救急搬送例が増加し、救急医療と在宅医療機関・介護施設との連携強化が喫緊の課題となっている現状を踏まえ、特に情報共有に関する好事例や先行する国の事業などについて検討を行い、日本医師会を通じた国や自治体等への仕組みづくりに向けた提言を取りまとめた。

情報共有は、1) 医療機関同士、2) 医療機関と介護・福祉施設間、3) 緊急搬送時における消防機関、の3つの各ステージについて課題を抽出した。また、その解決によって期待される効果として、「迅速かつ適切な救急搬送や患者の予後改善のみならず、患者の ACP や DNAR の適切な伝達により、救急搬送しないことを含めた傷病者の意思を尊重した救急現場における判断と対応につながる」と結論づけた。

このことから、日本医師会および国・自治体に対しては、1) 各地域での取り組みを体系的に収集分析し、より広域な情報共有や連携に向けた横展開の推進を図ること、2) 救急医療機関と在宅医療機関、介護施設との情報共有は、受け入れ医療機関の病床利用の適正化に資し、さらに救急医療体制や医療機関の安定的な運営は地域医療体制の維持につながるとの認識のもと、積極的な情報共有・連携の推進を図ること、3) 救急現場では、ADL、要介護度、患者の ACP や DNAR などの介護情報等が参照できない現状を踏まえ、ICT を活用した全国的な情報共有の基盤整備について、国に対して積極的な検討や支援を求めること、を主な内容とする提言を取りまとめた。

3. 「日本医師会二次救命処置 (ALS) 研修の普及・教育資材」ワーキンググループ

日本のガイドラインは5年ごとに改定されていて2025年は改定の年に当たる。2025年10月22日に国際蘇生連絡委員会の ILCOR から国際コンセンサスが出され、アメリカ心臓協会 (AHA) とヨーロッパ蘇生協議会 (ERC) からも同日ガイドラインが発表された。翌日、日本蘇生協会 (JRC) がオンライン版を公開したことを受け、11月4日に本ワーキンググループが開催された。

主な変更点および重要な強調ポイントについては、第3回および第4回委員会においてワーキンググループ座長から概要の説明がなされた。

しかし、当初ガイドライン改定等のスケジュールを受けて、今期のワーキンググループの作業範囲を定めたが、その後、改定等のスケジュールが後倒しとなったことから、今期の委員会の任期中には、当初目標とした作業範囲が間に合わないことが判明したため、本ワーキンググループの目的を、以下の通り見直しの上で作業を行った。

- 1) 都道府県医師会・郡市区等医師会関係者、会員（特に常時救急医療に従事しない全ての医師）および会員所属の医療機関に対して、「JRC 蘇生ガイドライン」並びに「救急蘇生法の指針」や、その改訂の実施について広く認知いただくこと。
- 2) 「JRC 蘇生ガイドライン 2025」パブリックコメント版までの議論を踏まえ、「JRC 蘇生ガイドライン 2020」からの改訂点として検討されている論点を整理し、今後各地で行われる研修等で、見直しが必要となる可能性がある内容について、特に開催者となる方に情報提供をすること（ただし、現時点では未確定の内容であることに留意し、最終版を確認することも併せて情報提供する）。
- 3) 普及・教育資材に関して、「JRC 蘇生ガイドライン 2025」等の最終版（書籍版）の出版以降、日本医師会として実施していくべき内容を整理して申し送ること。

4. 「JMAT のあり方」ワーキンググループ

会長諮問のなかで、できるだけ速やかに JMAT の組織的な対応の整備、特に統括機能の充実を図ることが求められたことを受け、JMAT 要綱を整理することを目的として集中して審議を行った。

まず、具体的な議論に先立ち能登半島地震で多くの派遣を行った都道府県医師会の委員を中心に事前に訪問し、意見を聴取して方向性を検討した。併せて、日本医師会の細川常任理事、佐原常任理事、DMAT 事務局、日本災害医学会関係者にもヒアリングを重ね、外部から JMAT へ期待される役割等を聴取した。これらの結果を踏まえ、ワーキンググループでは令和 7 年 2 月から 6 月まで計 5 回にわたり集中審議を行い、JMAT 要綱の改正骨子案を成案した。内容の要点は以下の 3 点である。

- 1) 災害医療において最も大切なことは指揮・命令系統（体制）であることを確認する。災害対策本部長（日本医師会長）、JMAT 本部長（災害担当理事）の位置付けを明示した
- 2) 活動方針についての様々な解釈や運用を廃し、基本理念を明確にうたいこれを遵守することを定めた。基本理念に、「被災地に地域医療や地域包括ケアシステムを取り戻すこと」と活動の目標を明示した。
- 3) 参加資格として、高い能力を有する者に限定する方向を廃し、プロフェッショナルオートノミーに基づく使命感を抛り所に参画の意志のあるすべての日本医師会員を歓迎する方針を再確認した。ただし、できるだけ平時から研修等に参加して基本知識・技量の研鑽に努めることを求めた。

5. 「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

本ワーキンググループは、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得られた多くの知見と経験を“レガシー”として次世代へ引き継ぎ、マスギャザリング災害に備えた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。また、令和 4-5 年期には、マスギャザリング災害に対応する医療の基本骨格を再整理し、これを反映させた『大規模イベント医療・救護ガイドブック改定第 2 版』を上梓した。

今期は、改訂作業を通じて重ねられた検討の成果と過去のイベント開催で得られた経験を、2025 年 4 月に開催された日本国際博覧会（大阪・関西万博）や 9 月の東京 2025 世界陸上、11 月の第 25 回夏季デフリンピック競技大会、さらに 2026 年に愛知県で開催されるアジア競技大会に繋ぐために、2025 年 2 月 24 日に「大規模イベント医療・救護研修会」を開催した。また、ワーキンググループの構成員は、それぞれ東京、大阪において地元で開催される大規模イベントの医療体制整備に向けた講演会開催などの支援を精力的に展開し、安全・安心なイベント開催に貢献した。

6. 日本医師会の国民保護法にかかる指定公共機関の指定にともなう業務計画策定に関する論点整理

武力攻撃事態等及び存立危機事態における我が国の平和と独立並びに国及び国民の安全の確保に関する法律の規定による指定公共機関に、公益社団法人日本医師会を追加するために、同法律施行令の一部を改正することが、令和 8 年閣議決定されたことを受け、『国民保護業務計画』策定上の論点を整理することを求められた。議論は、第 4 回委員会並びにWEB上で行われた。趣旨は以下のとおり。

- 1) 全ての都道府県医師会は指定地方公共機関として指定されており、国民保護事案（武力攻撃事態等および緊急処理事態）の発生時には業務計画に従って活動する責務がある。また、多くの都道府県医師会においてはそれぞれが定める業務計画の中で医療救護班に関する規定が既に定められている。したがって、日本医師会は、特に都道府県域を超える医療対応が必要な場合において、被災地や全国の都道府県医師会とともに対応をしなければならない立場にある。
- 2) ただし、個々の医師会員や看護職員等の医療従事者には様々な考え方があり、医療救護班の派遣に際しては最大限尊重されなければならない。したがって、医療救護班への参加はあくまでも本人の自由意思によるものとする。
- 3) 国民保護事案は自然災害と比べてリスクが高く、かつ多様で予測が困難であり、専門的な対応が求められる。
- 4) 日本医師会医療救護班の活動場所は、国等からの情報や必要に応じて有識者から得た助言等に基づき、安全が確保されていることが確認された「被災地以外の地域」とする。このことは、日本医師会計画に明記することにより、各都道府県医師会による医療救護活動においても同様であることを示す。
- 5) 日本医師会医療救護班は、現地の状況や国等からの情報提供・指示等によって危険と判断したときは自らの判断により自主的に撤収することができることを業務計画あるいは他の規則に明記する。

- 6) 医療救護班の活動は、通常災害時の保健医療福祉調整本部と同様の派遣調整・情報連携等の指揮系統の下で活動を行う。したがって、医療救護班の派遣は、そのような指揮系統の確立を前提とする。
- 7) 指定公共機関の指定は、従来から日本医師会として指定を申し入れてきたもので、直近の国際情勢等を踏まえて今般申請したものではない。また国等から指定について特段の依頼や働きかけを受けたものではない。
- 8) 日本医師会医療救護班の派遣は、内閣総理大臣、厚生労働大臣、都道府県知事からの要請に応じて行うこととする。

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、国民保護法にかかる指定公共機関の指定にともなう業務計画策定に関する論点を整理することが求められ活発な議論が交わされた。

平時から災害時、さらには有事に至るまで、地域を基盤とする医療提供体制の重要性は高まる一方である。日本医師会には、国の基本方針との整合を図りつつ、専門職団体としての自律性に立脚し、地域における公共性の担い手としての責務を自覚し、その機能の充実強化に不断に努めることにより、あらゆる局面において国民の生命及び健康の確保に寄与していくことがより強く求められていることを認識する必要がある。

その意味において、今期の本委員会活動は、重要な局面にある日本医師会の委員会としてまさに時宜を得た適正な活動姿勢といえる。

Ⅱ. 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」ワーキンググループ 報告書

令和8年6月

ワーキンググループ委員

座長	横田 裕行	(日本救急医療財団理事長)
	佐藤 吉沖	(山梨県医師会理事)
	久保田 毅	(神奈川県医師会理事)
	高倉 英博	(静岡県医師会副会長)
	梅田 佳樹	(三重県医師会理事)
	落合 秀信	(宮崎県医師会常任理事)

第1章 本ワーキンググループの設置背景と目的

1. ワーキンググループ設置の経緯

令和6年12月26日に開催された令和6・7年度の第1回救急災害医療対策委員会(以下、親委員会)において、日本医師会松本吉郎会長から親委員会への諮問「直近の情勢を踏まえた医師会の救急災害医療対策について」がなされた。

諮問の際、松本会長から以下のような発言があった。

- ・国の政策や地域医療のおかれる状況は常に変化していることから、現場の課題や好事例を検討し、日本医師会に対してご提言頂きたいこと
- ・施設等を含めた在宅医療と救急医療の連携は、地域の医師会員の先生方にとって、非常に密接な問題であること

現在、我が国においては高齢化の進展に伴い、在宅医療や介護サービスを利用する高齢者の救急搬送件数が増加しており、救急医療と在宅医療機関・介護施設との連携強化が喫緊の課題となっている。

以上のような課題意識を踏まえて、親委員会の下に、「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(以下、WG)が設置されることとなった。

【開催日時】

- ・第1回 令和7年 8月25日(月) 17:00~18:00
- ・第2回 令和7年10月24日(金) 14:30~16:00
- ・第3回 令和7年11月26日(水) 14:30~16:00
- ・第4回 令和8年 2月 3日(火) 13:30~15:00

2. 本ワーキンググループ報告書の目的

第1回、第2回のWGでは、松本会長の諮問を踏まえ、WGで議論していくテーマについて検討を行った。まず横田裕行座長から総論的な課題の提供を行い、フリーディスカッションの形で各委員から意見が出された。

委員からは特に、

- ・医療機関と介護施設・福祉施設との情報共有に課題があること
- ・「救急医療機関と在宅医療機関」または「救急医療機関と介護施設の連携医療機関」などの医療機関同士の情報共有や、「救急医療機関と消防機関の救急隊」との情報共有における、患者の介護情報やアドバンス・ケア・プランニング（ACP）等の情報を共有することの必要性・有用性
- ・情報共有を適切に行うことで、より早期に入院が可能になり、アウトカムの向上や、傷病者の意思に沿った適切な搬送が可能になると考えられること
- ・情報共有には、平時からのアナログな顔の見える関係が大切であるとともに、医療機関だけでなく医療と介護がシームレスに情報共有ができるような ICT 環境等を、セキュリティを担保した上で構築する必要があること

などについて指摘があった。

これらを踏まえ、本 WG の報告書は、救急医療と施設等を含めた在宅医療における情報共有や連携について、好事例や既に進められている国の事業を紹介するとともに、日本医師会を通じた国や自治体等への仕組み作りの提言や要望に資する参考資料としてとりまとめていく。

なお、別添資料 2 では会長諮問に関連して「その他委員から提起された課題」について、別添資料 3 では委員会担当の細川秀一常任理事から、個別の検討課題として「共同親権」について、救急医療の観点から課題整理等の指示があったことから、第 2 回 WG において法務省に対してヒアリングを実施してまとめた。

第 2 章 救急医療機関と医療・介護・福祉分野における情報共有・連携の課題

1. 医療機関同士の情報共有・連携

救急医療機関と、いわゆる下り搬送を受け入れる医療機関や在宅医療機関の間では、地域によっては一定の連携体制が構築されつつある一方で、個々の取組には地域差が存在している。

地域の医療資源によって適切な連携体制も異なるが、救急医療機関と在宅専門の医療機関で全くコミュニケーションが取れない場合や、地域の救急医療体制を検討する協議会等にいわゆる下り搬送を引き受けるような医療機関が参加していない場合もあることが報告された。

2. 医療機関と介護・福祉施設間の情報共有・連携

医療機関同士の連携や、介護・福祉関係者同士での情報共有は一定進んでいるものの、医療機関と介護・福祉施設間での情報共有・連携が十分に機能していないとの指摘があった。

例えば、日常的に情報共有をしている施設職員が当該施設の業務の関係で他の職員が対応する場合、介護施設から医療機関に対して事前に取り決めた確認がなされなかった場合や、介護施設から提供される情報の質や内容にばらつきがあり、救急現場で活用できない場合なども報告された。

また救急現場では、在宅や介護施設から搬送されてくる患者の中で、早期に医療機関として介入ができれば、より円滑に施設や在宅に復帰できたと思われる患者がいることから、適切な情報共有や連携体制が必要であるという意見が出された。

更に、連携体制の構築が、医療機関や介護施設による自主的努力に依存しており、事務局機能を担うことが期待される行政の関与が不十分であることも課題として指摘された。

また、特に大規模な病院が集中するような医療資源が豊富な地域では、病院が概ね介護施設からの救急搬送の受け皿となることができることから、特に高齢者救急による救急搬送の逼迫等の課題が顕在化していない地域もあり、地域によって抱える課題が大きく異なることも分かった。

3. 救急搬送時における消防機関との情報共有・連携

救急搬送の現場では、傷病者の既往歴や服薬情報に加え、日常生活動作（ADL）、要介護度、ACP の内容、DNAR（do not attempt resuscitation）の有無などの情報が迅速に把握できないことが多く、救急搬送時の適切な対応における課題となっている。

国で救急業務を所管する総務省消防庁が進めるマイナ救急¹により、医療情報は一定程度確認できるようになってきたものの、介護に関する情報や ACP 等の情報は含まれていないことから、救急現場で実際に参照したい情報が得られない点が課題として指摘された。

第3章 共有が求められる情報の内容と期待される効果

WG では前章の通り、救急医療の現場において診断名や既往歴といった医療情報に加え、ADL、要介護度、ACP の内容、DNAR 等の情報が極めて有用であるとの認識が共有された。

委員からは、「看取り期における搬送の判断」や「本人の意思に沿った医療提供」を実現するためにも、これらの情報が緊急時に早期に参照できること、または平時から

¹ 救急隊員がご本人のマイナ保険証を活用し、傷病者が過去に受診した病院や処方されたお薬などの医療情報を閲覧し、ご本人や付き添われるご家族の方の負担を軽くするとともに、傷病者の方がより適切な処置を受けるのに活用する仕組み。（総務省消防庁ホームページ「あなたの命を守る「マイナ救急」より一部改変。（最終アクセス令和8年5月15日）

<https://www.fdma.go.jp/mission/enrichment/mynakyukyu/mynakyukyu.html#mynakyukyu02>

共有されていることが重要であり、更にそれらについては標準的な形式や一定の質が求められることが指摘された。

情報共有や連携がもたらす効果として、適切な搬送先の選定等による迅速な救急搬送や、過去の治療や薬剤情報にもとづく適切な医療提供が可能になることが想定される。また、救急医療機関と在宅医療機関・介護施設との情報共有や連携が進むことで、救急搬送に至る前の段階で診療や必要な検査を行うことができ、入院期間の短縮や死亡率の低下、より良い全身状態での退院が可能となることが期待できる。次章で示す茨城県における救急病院と在宅医療機関の連携事例では、情報共有を基盤とした密接な連携により、入院期間の短縮、退院時 ADL の改善、死亡率の低下といった成果が報告されている。

また情報共有や連携の充実は、迅速かつ適切な救急搬送や患者の予後改善のみならず、患者の ACP や DNAR の適切な伝達により、救急搬送をしないことを含めた「傷病者の意思を尊重した救急現場における判断と対応」につながると考えられる。

第4章 好事例および国の関連事業の紹介

WG では、前章までの課題や、情報共有や連携に期待される効果などを踏まえ、地域で取り組まれている好事例の収集を行うこととした。

本章では、委員から提案があった好事例についてヒアリングを行い、その内容をまとめた。併せて、委員から WG で報告があった各地域での取組について詳細な報告を求めた。

さらに、連携体制の構築にあたって各地の行政が主導的役割を果たし、関係機関の調整役となることができるよう厚生労働省が行っている調査・セミナー事業について紹介を行っている。

1. 先進的な取組・好事例について

○救急医療機関・在宅医療機関の連携モデル（ヒアリング）

第3回 WG では、茨城県において平時から救急医療と在宅医療について密接に連携する体制を構築している好事例として、医療法人社団青燈会小豆畑病院（那珂市）理事長の小豆畑丈夫氏、及び医療法人社団いばらき会いばらき診療所理事長の照沼秀也氏の取組についてヒアリングを実施したので、以下に概要をまとめた。

◆日本は他の先進国と比較しても急速に高齢化が進行している。一方で、アジア諸国においても今後、高齢化が進んでいくことが予想されており、日本の取組は今後のモデルとして注目されている。

- ◆高齢化の進展に伴い、救急搬送件数は増加しており、令和 7 年版救急救助の現況によると（総務省消防庁）、令和 6 年中は令和 5 年中に比べ、75 歳以上の救急搬送人員が増加している（65 歳～74 歳は割合も搬送人員も減っている）。2007 年以降、65 歳未満の救急搬送人員は減少しているにも関わらず、全体の搬送人員が増加している（2014 年以降においては、75 歳以上の高齢者の搬送が増加している）。また、救急車による搬送の約 3 人のうち 2 人が 65 歳以上の患者となっている。
- ◆一方、訪問診療は当初の予測を上回るペースで増加しており、既に 100 万件を超えている。医療需要の推移を見ると、外来医療は概ね充足している一方で、訪問診療については全国的に不足しており、今後さらに充実が必要とされている。
- ◆日本の医療は、医療者が移動する医療（在宅医療）、患者が移動する医療（病院医療）という二つの構造で成り立っている。この二つの構造を理解し、適切に連携させることが必要である。
- ◆訪問診療を受けている患者において、急変時に入院が必要であったにも関わらず、入院ができなかった事例が存在する。2012 年に厚生労働省が出したアンケート調査では、訪問診療を行う医師の約 2 割から 3 割が、このような経験を有していることが示されている。
- ◆この背景には、在宅医療と病院医療の間に十分な連携体制が構築されていないことがあると考える。また、以下のような課題も指摘されている。
 - ・医療機関同士の情報共有が十分でない
 - ・救急搬送時における情報共有が不十分である
 - ・介護情報や ACP の情報が十分に共有されていない
 - ・医師同士の直接的な連絡が取れない場合がある
- ◆特に、救急医療の現場においては、在宅でどのような治療が行われていたか、今後どのような治療を望んでいるかといった情報が得られないまま対応せざるを得ないケースがある。その結果、患者や家族の意向と異なる医療が提供されてしまう可能性がある。
- ◆小豆畑病院、及びいばらき診療所の「一つの病院連携」の取組は、東日本大震災の経験を契機として開始された。震災時、病院に来院できない患者への対応が遅れたことから、病院医療と在宅医療はセットで提供しなければならないという認識に至った。また、在宅医療機関の患者に対して病院側から十分にアプローチできないという課題もあり、これを解決するための取組として開始された。
- ◆本取組では、一つの病院と複数の在宅医療機関が連携し、一つの病院のように機能する体制を構築している。主な特徴は以下のとおりである。
 - ・医師同士で必ず連絡を取る

- ・ 患者情報を直接共有する
- ・ 紹介時の手続きを簡素化する
- ・ 退院時に合同カンファレンスを実施する
- ・ 患者家族も含めた情報共有を行う
- ・ 病院と在宅医療機関が合同で勉強会や症例検討を実施する

特に、紹介時には必ず医師同士で連絡を取ることを徹底しており、これが連携の基盤となっている。

◆連携前後の比較において、以下のような変化が確認された。

「1つの病院連携」 検討項目	
(検討1)	<p>在宅と救急の連携: 在宅: いばらき会いばらき診療所 救急: 青燈会小豆畑病院</p> <p>連携前の2015年(1/1-12/31) 連携後の2016年(1/1-12/31)</p> <p>以下の項目を比較 (t-検定、Fisher検定) 患者数(外来・入院)、年齢、性別、入院患者救急搬送率、入院患者時間受診率、入院時SOFA score、入院期間、入院回数、在宅復帰率、転帰、急性期病院の病床利用率・在院日数</p>
(検討2)	<p>連携を開始してから12ヶ月経過時に、在宅診療グループの医師を対象に以下の項目のアンケート調査を行った。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 急性期病院に期待すること ・ 連携により、紹介時のストレスが軽減したか ・ 連携により、患者紹介が円滑化したか ・ 連携病院の対応に満足できたか ・ これからも連携病院に患者を紹介したいか

図表1 「1つの病院連携」検討項目

(以下、図表1～4：小豆畑丈夫先生ヒアリングスライドより抜粋引用)

「1つの病院連携」 連携前後の比較: 患者背景			
全紹介患者			
	連携前2015年	連携後2016年	p-value
紹介患者数 (人)	37	97	
入院患者 背景			
	連携前2015年	連携後2016年	p-value
患者数 (人) (入院率)	34 (0.92)	66 (0.68)	
年齢 (歳)	83.6 ± 6.0	83.1 ± 8.5	0.73
性別 M:F (rate of male)	16:18 (0.47)	18:48 (0.52)	0.049*
<small>全ていばらき会いばらき診療所から青燈会小豆畑病院へ紹介された患者 *: p-value < 0.05</small>			

図表2 「1つの病院連携」連携前後の比較：患者背景

「1つの病院連携」 連携前後の比較: 入院患者			
	連携前2015年	連携後2016年	p-value
入院時の状況			
救急搬送: walk-in (救急搬送率)	29 : 5 (0.85)	33 : 33 (0.50)	0.0005*
時間外: 時間内 (時間外受診率)	14 : 20 (0.41)	13 : 53 (0.19)	<.0031*
入院時SOFA score	10.2 ± 4.1	5.2 ± 2.7	<.0001*
入院後の転帰			
入院期間 (日)	35.7 ± 17.7	21.6 ± 14.9	<.0001*
入院回数 (回) / 一年	1.1 ± 0.32	1.8 ± 1.2	0.0005*
在宅 非復帰: 復帰 (復帰率)	11 : 23 (0.68)	6 : 60 (0.91)	0.0051*
転帰 死亡: 生存 (生存率)	6 : 28 (0.82)	2 : 64 (0.92)	0.018*

全ていばらき会いばらき診療所から青燈会小豆畑病院へ紹介された患者
*: p-value <0.05

図表3 「1つの病院連携」 連携前後の比較：入院患者

「1つの病院連携」 連携前後の比較アンケート調査	
連携後の紹介の円滑化 円滑化した 60% やや円滑化した 30% どちらとも言えない 10% やや煩雑化した 0% 煩雑化した 0%	この次も連携救急病院へ紹介したいか 紹介したい 50% 患者の病態次第で紹介したい 50% 紹介したくない 0% どちらでもない 0%
連携後の紹介ストレス 軽減した 70% やや軽減した 20% どちらとも言えない 10% やや増加した 0% 増加した 0%	連携救急病院に期待すること (2つ選択) 素早い対応 50% 紹介する上での気楽さ 25% 診療の緻密さ 15% 患者が在宅医療に戻ってくることに 10% 診療報告の充実 0% その他 0%
連携救急病院への満足度 満足できた 60% やや満足できた 20% どちらとも言えない 10% やや不満足だった 10% 不満足 0%	

図表4 「1つの病院連携」 連携前後の比較アンケート調査

- ◆取組の効果は、医師同士の直接的な情報交換、顔の見える関係の構築、迅速な対応、紹介時のハードルの低下などが挙げられた。小豆畑病院に紹介を行った医師に実施したアンケート調査では、「素早い対応」と「気楽に相談できること」が、連携医療機関に期待する事項として挙げられている。これにより患者紹介が円滑化し、医療者のストレスも軽減された。
- ◆また連携により転帰が良くなった要因として、入院患者の入院時の重症度の指標である APACHE スコアが取組前と比較して約半分に低下しており、連携によって患者の状態が悪くなる前に紹介がなされるため、入院患者だけで比較すると重症化する前に入院となり、その結果、転帰が取組前と比較して良好になったと考えられる。

◆緊急手術が必要な在宅医療を受けている患者に対し、在宅医と病院医が連携し、家族への説明と意思決定支援を行った結果、円滑に緊急手術が実施された例が示された。また別の症例では、人工呼吸器装着の可否について、在宅医、病院医、家族の三者で検討し、患者の意思を踏まえた対応が行われた。これらの事例から、患者の意思に沿った医療の提供、家族を含めた意思決定支援、継続的な医療の提供が可能となることが示された。

◆今後の課題としては、以下が挙げられる。

- ・地域における連携の拡大
- ・多様な医療機関の参画
- ・情報共有の仕組みの整備
- ・ICT環境の構築
- ・医師会や行政による支援

また、大都市においては関係者が多く、連携の構築が難しいという課題がある。そのため医師会が主体となった取組や、行政による仕組みづくりなどが必要である。さらに成功事例の共有と横展開、在宅医療における教育・研修の充実も重要である。

◆日本は世界に類を見ない高齢社会となっており、その医療には手本がない状況にある。日本の医療は、在宅医療と病院医療の二つの構造で成り立っており、これらを一体的に提供することが求められている。「一つの病院連携」の取組は、地域包括ケアシステムにおける有効なモデルであると考えられることから、こうした取組を踏まえ、地域における連携の強化と仕組みの構築を進めていく必要がある。

○神奈川県平塚市における救急患者への医療連携体制（神奈川県医師会理事 久保田 毅 委員）

1 救急医療における地域基幹病院と診療所の連携

（１）診療所から地域基幹病院への紹介における課題

診療所の外来や往診先から基幹病院に診療依頼する際に、多くの場合は当該病院の地域医療連携室等の相談窓口で電話等で連絡することになる。しかし、同地域医療連携室からその情報を診療担当科に相談する際には、電話を転送する等の手間がかかり、場合によっては途中で電話が切れてしまうこともある。このような手順だと緊急を要する症例には対応できない。

（２）基幹病院側の工夫

上記の課題を解決するために、救急受入側の病院が院内で協議した上で、迅速な受け入れ体制を整備した事例について紹介する。

基幹病院Aは、脳卒中センターと心臓センターを運営している。どちらも24時間体制で常勤医が交代勤務しているため、脳卒中センターダイレクトコール携帯電話と心臓センターダイレクトコール携帯電話が、地域医師会連携診療所に開示されている。

同診療所が診療した患者に脳卒中の疑いがあれば、当該携帯電話に直接電話をすると、その日の担当医に直接つながり、基幹病院Aの救急外来の混雑状態とは関係なく、迅速に受入決定が可能となる。本体制を構築するには、院内での周到的な議論、協議を経て達成したことであるが、そのような受け入れ態勢を整えたことに心から敬意を表したい。

また、基幹病院Bにおいても、当日診療依頼したい患者に関する相談ダイレクトコール携帯電話が地域の連携診療所に開示されており、連携診療所からの依頼がなされた際には、その日の担当看護師長が相談に対応し、受入診療科や患者の搬送先について迅速な決定がなされている。この施設は救命救急センターを併設している三次救急医療機関であるため、救急外来における受入件数も多く、救急外来応需と当日ダイレクトコール携帯電話の2本立てで、対応している。こちらも、システム立ち上げまでの院内職員間の調整には多くのご苦勞があったと聞いており、その取組には敬意を表したい。

救急医療機関での診療を必要とする患者の場合、消防本部の施設選定によって、受入病院が選定される場合もあるが、上記のような受入対応病院に医師から直接診療依頼を行うことが、地域の救急医療体制を面で支えるために極めて重要である。

2 地域包括ケアシステム推進の取組事例

平塚市役所では、地域包括ケアシステムを推進するための担当部署が定められており、同担当部署が主導して社会福祉協議会の活動を通じて様々な取組を継続している。例えば、毎年「多職種連携研修会」が開催されており、診療所、訪問看護ステーション、訪問リハビリ、ケアマネジャー、入所介護施設の看護職員やケースワーカーなど、多くの職種が一同に集まり、講演会や事例検討会を行っている。(別添資料1)

令和7年度事業においては、「住み慣れた地域、施設で最期を支えるために」というテーマで、自宅のみならず入所介護施設における看取りを全うするための課題について研修が行われた。約70名の多職種医療介護従事者が集まり、講義の後に「ワールドカフェスタイル」で課題についてグループワークを行うことで、顔の見える関係をさらに深めることができた。

しかし、このような研修会においても、巨大介護産業が経営する入所介護施設の関係者は一人も参加していない。地域になじむより、本社からのノルマや業務指示に従うことが優先されてしまうことが想定されるなど、参加が得られていない要因については今後の検討課題である。

○高齢者救急の増加に対応した施設入所者の救急対応に関する新たな連携モデル (山梨県医師会理事 佐藤 吉沖 委員)

山梨県笛吹市では、毎年「救急業務連絡会議」を開催し、急性期病院、消防（救急隊）、医師会が参加して、救急搬送の実態把握と課題共有を行っている。会議では、救急搬送件数、搬送先、搬送時間などに関する詳細なデータが報告され、地域の救急医療体制の現状が多角的に検証されている。

これまで本会議は急性期医療機関を中心に構成されており、包括期（回復期）医療機関は実質的に関与してこなかった。そのため、救急医療体制の議論は急性期偏重となり、地域全体での受入体制の最適化という観点が十分に反映されていなかった。近年、救急搬送件数は増加の一途をたどっており、それに伴い圏域外搬送の増加や、受入先決定までの時間の延長が顕著となっている。特に高齢者救急の増加は著しく、地域の救急医療体制に大きな負荷を与えている。

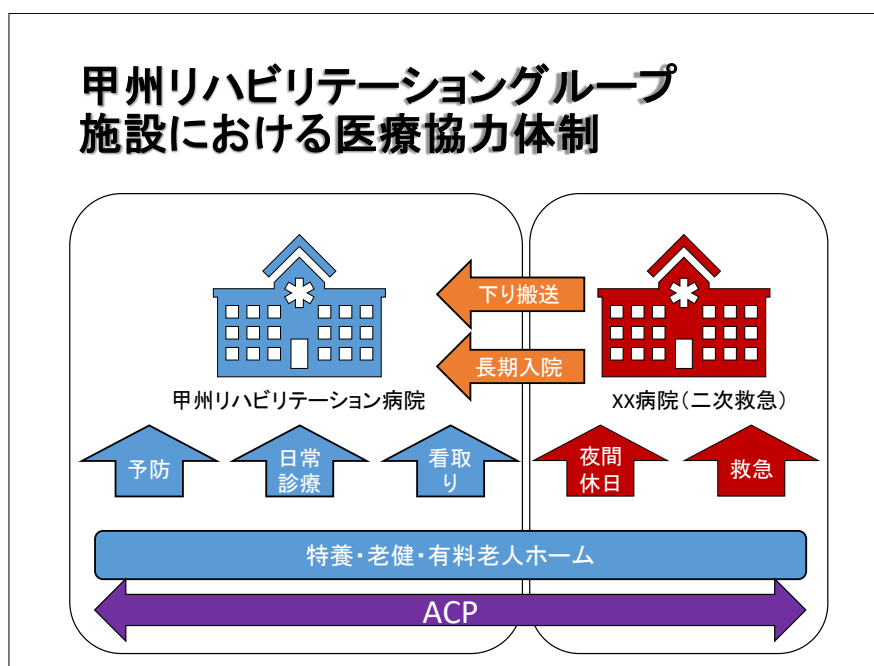
こうした中、厚生労働省は地域医療構想において、高齢者救急搬送の相当数を急性期のみならず包括期（回復期）で受け止める方向性を示している。この政策的背景を踏まえ、包括期病床を有する当院は、医師会の一員として高齢者救急における役割を再定義するため、本会議に参加した。会議を通じて明らかとなったのは、高齢者搬送の急増に加え、とりわけ介護施設入所者の急変時対応において、搬送先の選定や受入調整に多大な時間と労力を要している実態であった。

これを受け、当院は急性期病院と協議し、施設入所者の救急対応に関する新たな連携モデルを構築した。すなわち、介護施設・当院（包括期）・急性期病院の三者が役割分担を明確化し、日常的な診療や予防接種等は当院が担い、夜間・急変時の救急対応は急性期病院が担うことで、機能分化と連携による 24 時間 365 日の医療提供体制を実現した。さらに、急性期病院の病床が逼迫している場合には、当院へのいわゆる下り搬送（転院）を積極的に活用することで、急性期病床の回転率向上と地域全体の受入能力の底上げを図った。本取組は、毎月の定期協議を通じて運用の改善が重ねられ、実効性のある連携体制として機能しつつあった。

しかしながら、厚生労働省より「救急搬送において受入困難が生じた場合、初期対応した救急医療機関が次の受入先を確保する責任を負う」との趣旨の通知が発出されたことにより、役割負担が大きく本連携モデルは制度的制約を受け、継続が困難となった。同様の取組は他施設においても停滞を余儀なくされている。このような状況は、現行制度が地域における機能分化・連携の実践を十分に支えきれていないことを示唆している。特に、高齢者救急の増加という構造的課題に対しては、単一医療機関や単一機能に依存した対応には限界がある。したがって、地域内での対応が困難な場合には、圏域を越えた広域的な救急医療連携体制の構築が不可欠であるとともに、制度面

においても多機関連携を前提とした柔軟な運用が求められる。

今後の地域医療構想においては、急性期中心の救急医療体制から脱却し、包括期を含めた「面的な救急医療提供体制」への転換を明確に位置づける必要がある。そのためには、包括期医療機関の救急医療への参画を制度的に担保し、いわゆる下り搬送や役割分担が円滑に機能する仕組みを構築することが重要である。これにより、高齢者救急の増加に対応しつつ、地域全体で持続可能な救急医療体制を確保することが可能となると考えられる。また、診療報酬改定においては、包括期医療機関の救急受入や下り搬送を適切に評価する仕組みの導入が強く求められる。



図表5 甲州リハビリテーショングループ施設における医療協力体制
(佐藤委員提出資料)

2. 既存の国の事業・施策

○厚生労働省「在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業」の紹介

(一般財団法人救急医療財団理事長 横田 裕行 委員)

(1) 在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業

前述のように急速な高齢化の進展に伴い、在宅医療や介護サービスを利用する高齢者の救急搬送件数が増加し、救急医療と在宅医療・介護との連携強化が喫緊の課題となっている。そのためには地域包括ケアシステムを担う地域の救急医療施設、在宅・介護提供施設、および救急搬送を担う地域の消防機関や民間救急車事業者、保健所等の情報共有、連携体制構築が必要となる。

連携体制構築には、上記のように様々な組織や団体等が関与するために、その調整機能として行政が主導的役割を果たし、関係機関の調整役となることが重要であると本WGの複数の委員から示された。

このような行政の関与の際に、大いに参考になる厚生労働省委託事業「在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業」の紹介があった。上記事業は平成29年度より先進事例の調査や市区町村・保健所（以下「市区町村等」という。）向けのセミナーを実施することで、地域における在宅医療・救急医療等の関係者間の連携体制の構築を支援するものである。

また、在宅医療と救急医療の連携の際の課題に対して、都道府県が管下の市区町村等の支援や調整役を担えるような体制の構築を図るため、都道府県も交えながら地域における在宅医療・救急医療等の関係者間の連携体制の構築を支援するためのセミナーを実施している。さらにセミナー実施後の運用状況の確認や成果を確認するために、過年度のセミナーに参加した自治体へフォローアップ調査も実施している。

① 在宅医療・救急医療連携にかかるセミナー

上記事業は平成29年に開始され、現在も継続されている。令和6年度の報告書²によると事業は都道府県を通して各市町村に参加意向アンケートを実施した結果、令和6年度は下表の5市に対して計10回のセミナーを開催している。

² 令和6年度厚生労働省委託事業 在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業（令和7年3月）（厚生労働省ホームページ「令和6年度在宅医療・救急医療連携セミナー」最終アクセス令和8年5月15日） <https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/001478254.pdf>

自治体名	セミナー開催日程	
① 福井県福井市	第1回	令和7年1月27日(月)19:00-21:00
	第2回	令和7年3月4日(火)19:00-21:00
② 長崎県島原市	第1回	令和6年11月22日(金)19:00-20:30
	第2回	令和7年2月21日(金)19:00-20:30
③ 福島県田村市	第1回	令和7年2月17日(月)18:00-19:30
④ 愛知県碧南市	第1回	令和6年11月5日(火)13:30-15:30
	第2回	令和7年2月17日(月)13:30-15:30
⑤ 埼玉県さいたま市	第1回	令和7年2月1日(土)14:00-17:00
	第2回	令和7年3月17日(月)19:00-21:00

図表6 令和6年度在宅医療・救急医療連携にかかる調査・セミナー事業参加自治体²

セミナー受講者の人数は約20～100名、受講者の所属等は医師会、医療機関、訪問看護事業所、高齢者施設、居宅介護事業所、消防機関、地域包括支援センター等で、受講者の職種は医師、歯科医師、看護師、介護支援専門員、介護職、リハビリ職、保健師、包括職員、消防、行政等であったと報告されている²。

②セミナー実施の効果

対象		
令和2年度参加自治体 (6カ所)	岩手県	<ul style="list-style-type: none"> 奥州市 釜石市 宮古市
	沖縄県	<ul style="list-style-type: none"> 宜野湾市 南城市 八重瀬町
令和3年度参加自治体 (3カ所)	徳島県	<ul style="list-style-type: none"> 小松島市
	広島県	<ul style="list-style-type: none"> 広島市佐伯区 広島市安佐南区
令和4年度参加自治体 (5カ所)	北海道	<ul style="list-style-type: none"> 北見市
	大分県	<ul style="list-style-type: none"> 中津市 臼杵市 津久見市 由布市
令和5年度参加自治体 (1カ所)	千葉県 ※オブザーバー参加	<ul style="list-style-type: none"> 千葉市

図表7 アンケート調査、フォローアップ調査対象自治体²

この事業の特徴はセミナー開催の効果について過去に開催した自治体にアンケートやフォローアップ調査をしていることである(上表)。

調査の結果では地域の関係者を集め、取組の重要性を認識した上で検討を始めるき

っかけ作りになり、他地域の先行事例が参考になったという意見が寄せられたと報告されている。

本事業は「地域包括ケアシステムにおける救急医療」に関わるステークホルダーに対する行政の関与という視点から重要な事業であるが、その事業自体をさらに周知すると同時に、多くの自治体がその地域性に合わせて主体的に活動するための方向性を示すことが期待される。

第5章 円滑な情報共有に向けた基盤整備

1. 平時からの体制構築と行政の役割

前章で得たヒアリングや各地域の報告などからも、救急時に円滑な連携を行うためには、医療・介護・福祉関係者の中で情報共有や連携体制、更には関係者間での顔の見える関係を構築しておくことが不可欠であるとの認識が共有された。

そのためには、保健・医療・福祉・介護・消防機関など関係機関の調整をすることができる行政が、体制構築の主導的役割を果たすことが重要であるとの意見が複数の委員から示された。実際、国の事業においては、行政が積極的に関与することで、関係機関を横断した協議の場が設けられ、連携が進展している事例も報告されている。

一方で、地域医師会や地域で中核的な医療機関が、事務局機能を担うなど連携体制の中心となり、行政等からの支援を受ける形での体制構築も考えられる。

いずれの場合にも、地域の実情に応じた体制構築が行われるように適切に地域医師会が関与するとともに、各地域の医療機関や介護施設の個々の努力や取組としてだけでなく、より広範囲に展開され、面的に体制が構築されていくことが望ましい。

2. ICT を活用した情報共有の環境整備

医療・介護がシームレスに情報共有・連携をするためには、ICT を活用した情報共有の環境整備が不可欠である。現在、国ではマイナ保険証（マイナンバーカードの健康保険証利用）の活用により、病院による救急時医療情報閲覧³や救急隊によるマイナ救急、また介護情報基盤⁴を活用したデジタル的な情報共有の取組が進められている。

³ マイナ保険証による本人確認を行うことによって、患者の同意取得が困難な場合でも、レセプト情報に基づく医療情報等が閲覧できる機能。（厚生労働省医政局「救急時医療情報閲覧概要案内【病院の方々へ】」（令和7年12月）最終アクセス令和8年5月15日）
<https://www.mhlw.go.jp/content/10200000/001243478.pdf>

⁴ 利用者本人、市町村、介護事業所、医療機関といった関係者が利用者に関する情報を共有、活用できる介護情報基盤を整備することにより、これまで紙を使ってアナログにやりとりしていた情報を電子で共有できるようになり、業務の効率化（職員の負担軽減、情報共有の迅速化）を実現できる。さらに、今後、介護情報基盤に蓄積された情報を活用することにより、事業所間及び多職種間の連携の強化、本人の状態に合った適切なケアの提供など、介護サービスの質の向上に

これらの取組を進めると共に、例えば現在でも閲覧可能な医療情報に加えて、患者の ACP 等にかかる情報や介護情報など、救急現場で有用と考えられる情報について閲覧できるように検討していくべきとの指摘があった。

なお、情報共有にあたっては、個人情報保護やセキュリティ確保を前提とした運用が大前提であるが、一方で、救急現場で複雑すぎる操作手順が求められることがないよう、実際に活用可能な形での設計を行うことが重要である。

第6章 日本医師会、及び国・自治体への提言

1. 各地域における救急医療と在宅医療における情報共有や連携の横展開の推進

国・自治体は、救急医療と介護施設等も含めた在宅医療との連携について、各地域での取組を体系的に収集分析し、他地域に共有するとともに、各地域での仕組み作りの支援を行うべきである。

また、各地域における取組は、個々の医療機関や介護施設、当該医療機関を中心とした一定の地域だけでの事例として留めず、より広域な連携体制を構築できるよう好事例として横展開し、また取組を行う地域同士の連携も支援していくべきである。

各地域での取組を「面」として繋げていくことは、各地域で取組が進められるきっかけとなるだけでなく、相互の比較による改善効果や、より広域な情報共有や連携体制の構築にもつながることが期待される。

日本医師会は、横展開の推進について国・自治体に対して要望するとともに、都道府県医師会や郡市区医師会に対して、地域の取組の好事例や、国・自治体の事業について積極的な周知を行っていただきたい。

ただし、地域の医療資源や、取組の進捗状況には様々な状況があるため、各地域に一律の方法を押し付けるものではないことには留意が必要である。

2. 医療機関の適切な運営に資する情報共有・連携の推進

第4章のヒアリングなどからも、救急医療機関と在宅医療機関、介護施設との連携を通じて、患者が重症化して在宅や施設から救急搬送に至る前に、早期の検査や入院等の医療介入を可能としていくことで、患者の転帰に大きな貢献をすることが想定される。

それだけでなく、急性期医療機関の救急体制の逼迫を防ぐ地域医療体制への貢献と

繋がることも期待される。(厚生労働省ホームページ「介護 DX の推進」より一部改変 最終アクセス令和8年5月15日)

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

ともに、在宅や施設から患者を受け入れる医療機関にとっては、医療機関の病床利用の適正化にも資することが想定される。救急医療体制や各医療機関の安定的な運営は、地域医療体制の維持につながるため、当該観点からも日本医師会及び国・自治体は、情報共有・連携の推進を検討すべきである。

3. 介護情報等の情報を含む情報共有の仕組みづくり

救急現場では、ADL、要介護度、患者のACPやDNARなど、現在の仕組みでは参照できない情報へのニーズが一定程度存在しており、このような情報についても、迅速かつ安全に確認できる仕組みの構築が必要である。

日本医師会は、ICTを活用した全国的な情報共有の基盤整備について、上記のような情報を救急現場で閲覧できるようにすることも含めて、国に対し積極的な検討や支援を求めている。

結語として（一般財団法人救急医療財団理事長 横田 裕行 委員）

住み慣れた地域での持続的な生活を実現するには行政、医療・介護の専門職、自治会やボランティア、そして住民自らが地域で一体となって支えあう体制が必要で、そのために地域包括ケアシステム構築の重要性が強調されている。

地域包括ケアでは急性期、亜急性期、回復期、リハビリを行う医療機関、様々な介護・ケア施設、生活支援や介護予防に関わる多くの専門家、スタッフがステークホルダーとして重要な役割を果たしているが、それぞれの機能を把握・調整する機能を有する体制構築が極めて重要と考えている。

筆者は 2024 年 1 月に発生した能登半島地震直後に医療支援チームの一員として参加したが、地域包括ケアにおける医療対応、特に救急医療と在宅医療、介護・ケアとの連携を考える際に多くの参考になる好事例を経験した。

本邦における過去の災害医療支援では急性期は DMAT（災害派遣医療チーム）、その後 JMAT（日本医師会災害医療チーム）や DHEAT（災害時健康危機管理支援チーム）等が活動し慢性期までの医療支援を行うことが一般的であった。しかしながら、能登半島地震においてはこれらの災害医療支援チームがほぼ一斉に活動を開始し、さらに JRAT（日本災害リハビリテーション支援協会）、JDAT（日本災害歯科支援チーム）、日本栄養士会災害支援チーム（JDA-DAT）、避難所や高齢者施設等における支援活動を行う DWAT（災害派遣福祉チーム）等の活動も発災後に活動をしていた。これらのチームは医師、歯科医師、薬剤師、看護師、保健師、栄養士、救急救命士、理学療法士、介護士、ケアマネジャー等々のスタッフで構成され、上記のように地域包括ケアのステークホルダーが密な連携をしながら避難所の医療支援を行っていた。

これらの様々な医療支援チームの円滑な連携が可能であったのは、それらを調整・統括する機能を有する保健医療調整本部がその役割を十分に果たしたからと考える。地域包括ケアシステムを構築するには多くの職種の連携が必須であるが、そのためには地域における様々な職種からの情報を共有し、能登半島地震災害で機能したような調節機能を有する組織の存在が重要である。また、それらの機能は災害時にも有効に機能し、安心・安全な地域に貢献するものと考えている。

令和7年度多職種連携研修会

『住み慣れた地域、施設で最期を支えるために』

2026(R8).1.15(木)

平塚市保健センター

内科 久保田医院

久保田毅

1

ACP: Advance Care Planning

『人生会議』というのも大きいです。

いろいろ読み込んでみても、新しいことは何も無い。

『患者、患者家族、医師が二人三脚で歩むこと』

こんなことは、昔から皆が実践していたことです。

現在の制度に見合った言い方とすれば、

『患者、患者家族、医療介護提供者が二人三脚で歩むこと』

死亡時の対応の打ち合わせのみが論点ではない。

2

昔の日本人の生活

- 1 高齢者は長男夫婦と同居する。
- 2 長男は終身雇用のもと安定した収入がある。
- 3 長男の妻は大部分が専業主婦である。
- 4 孫たちは高齢者を敬い、自宅の手伝いもする。
- 5 成長した孫たちは定職について親を安心させる。

こういう環境なら、『人生会議』は簡単でした。

3

現代の日本人の生活

- 1 高齢者は長男夫婦と同居せず、老老、認認生活
- 2 長男は派遣労働で終身雇用は展望できない。
- 3 収入不安定長男の妻は大部分が働きに出る。
- 4 孫は高齢者と同居したことない、高齢者尊敬なし
- 5 成長した孫たちは定職につけず親頼みの生活

こういう環境だから、『人生会議』は困難になる。

4

2 久保田医院の在宅診療の概況-4

医院開設: 2005 (H17).11.15
在宅診療開始: 2006 (H18). 4. 1から19年9ヶ月

2025.12.31 現総数107/総785

個別自宅患者: 現 20
現在の介護施設往診患者: 現 97

介護施設の患者数の推移(新規導入患者数): 総数

2007.10 ユーミー高専賃(現有老): 現 0
2012. 4 認知症GHかきあん : 現 0
2014. 2 特養陽だまりの丘 : 現 80
2014. 8 認知症GHえくせれんと : 現 17

5

3 事例提示-1

症例: 70才 女性

診断: 筋萎縮性側索硬化症(ALS)

経過:

X年4月頃から歩行障害、A基幹病院を受診した。
X+1年12月の筋電図により、ALSが疑われた。
X+2年10月 車椅子生活、呼吸障害なし、嚥下障害なし。
A基幹病院の紹介により、在宅医療へ移行した。

6

3 事例提示-3

訪問診療における説明と話し合い ACPの実践

- 1 ALSの病態像の説明
徐々に呼吸抑制に至る病態である。
呼吸抑制に至った場合の方針を決める必要がある。
- 2 あらかじめ方針を決めずに救急車要請すれば
蘇生、緊急入院、挿管、人工呼吸器になる。
- 3 人工呼吸器装着となれば
抜管は不可能で、気管切開の後、長期呼吸器管理を要する。
- 4 長期呼吸器管理となった場合の介護の重さ
- 5 自分に残された時間と未婚の娘の将来

7

3 事例提示-4

訪問診療における説明と話し合いの結果 ACP実践の繰り返し

- 1 方針確認
X+3 年5月(訪問診療開始7ヶ月)
人工呼吸器は装着しない、との方針を本人、家族と確認した。
- 2 療養環境の確認
最期まで自宅で見守ることができるのか?
挿管、人工呼吸器装着をしないことを条件に入院施設を選定する?
X+3年6月 自宅で看取することを確認した。
- 3 経過
7月4日 水平の方が呼吸が楽(補助呼吸筋に依存)
呼吸機能の抑制が進行した段階である事を説明した。
7月7日 午前 0:52 呼吸停止、Dr.Callあり
1:10 訪問看護師到着
2:00 久保田到着 死亡確認

8

5 介護施設における看取り-1 当院が重視する理由

- (1) 通院できなくなったら、久保田が往診
 - (2) 自宅でお看取りするなら、久保田が往診
 - (3) 認知症GH入所となっても、久保田が往診
 - (4) 介護力疲弊で特養入所しても、久保田が往診
- 介護力の乏しい家庭でも、地域内で完結できることを目指す。自宅だけが、在宅診療ではない！**
これが地域包括ケアの実践である。

9

5 介護施設における看取り-2 家族との面談が大切： ACPの実践

- (1) **入所時の「急変時の蘇生希望の有無」**
施設側が家族に書面で確認をとる。
- (2) 新規入所時に、家族と久保田が医院で面談する。
- (3) 徐々に活動性が低下した頃に、家族と再度面談し久保田と施設CMで『**看取り同意書**』を交す。
(全員の署名捺印)
- (4) 衰弱したところで、家族と久保田が再面談し、穏やかな看取りを実践する。

10

5 介護施設における看取り-3 特養における看取り実績

施設： 特別養護老人ホーム陽だまりの丘
2014(H26)2月から久保田が配置医師就任
2026(R8)1月までの12年

入所定員	80
退所患者	239
病院入院転医	35(急性期と療養)
施設内看取り数	204 (退所者の85%)

看取りのためだけの救急搬送なし

11

6 介護施設在宅医療の特殊性-1

- 1 患者家族と医師の間に施設長が介在する。
- 2 療養方針の情報を医師に伝えない。
- 3 施設の介護力によって対応が流動的である。
- 4 施設の類型による役割分担が不明瞭である。
- 5 全国展開するような介護施設の場合は、本社の意向によって現場の対応方法も影響を受ける。

12

6 介護施設の特殊性-3 看取り可能な施設の条件

- 1 看取りまで行う施設長の強い意志
- 2 看取り対応できる働き者の配置医師
- 3 向上心と学習能力の高い施設職員

3つの条件がそろうことは、稀である。

13

6 介護施設の特殊性-4 看取りできない施設の工夫

自分の施設で全うできなくても良い。

- 1 看取りまで行う施設へ入居者を移動
- 2 移動は平日日勤帯
- 3 移動方法は救急車ではなく施設車両

**救急医療体制に負荷をかけることなく
地域包括ケアを実践することが大切**

14

6 介護施設在宅医療の特殊性-5 介護施設に求めたい情報開示

- 1 看取りまでやっているか？
 - 2 この5年間で施設内で何例看取ったか？
 - 3 医療を担当する医師は誰か？
 - 4 その医師はどこ医師会員か？
- これだけでも開示すれば、情報として十分である。
医師会員の診療体制を書面で地域包括等に開示しているのと同様に開示して欲しい。
施設選定の根拠にしたい。

15

6 介護施設在宅医療の特殊性-6 介護施設を育てるのは介護消費者

- 1 欧州車に劣る国産車が安全で高性能な車に
- 2 仏壇のような初期カラーテレビがおしゃれに
- 3 耐震性能の優れたマンション
- 4 食べやすく小分けにされたレトルト食品
- 5 肌に優しく選択肢の多い化粧品類

**全ては消費者が望み育てたから、
良い製品になった。**

16

その他委員から提起された課題

介護施設における医療の確保、介護医療院はどうなった？

(神奈川県医師会理事 久保田 毅 委員)

2000年に介護保険が導入されてから、医療と介護は強制的に分離させられた。すなわち介護保険で運営する施設内では実質的に医療を提供することは困難で、医療を必要とする場合には「医療施設」を受診しなければならない。

しかし、入所介護施設で生活する高齢者には、継続的医療ニーズが存在し、ましてや施設内で看取りを実践する場合は、「医療」が必要となる。

厚生労働省も介護施設内の医療についての課題は認識しており、「介護医療院」が示された。厚生労働省のホームページによると、「介護医療院」は、2018（平成30）年4月に創設され、長期的な医療と介護の両者を必要とする高齢者を対象とし、「日常的な医学管理」や「看取りやターミナルケア」等の医療機能と「生活施設」としての機能とを兼ね備えた施設である、と記載されている。介護施設と同時に、看取りやターミナルケアという「医療」を提供する施設でもあると紹介している。¹

介護医療院の定義は以下のようになっている。

(介護保険法 第8条第29項)

この法律において「介護医療院」とは、要介護者であつて、主として長期にわたり療養が必要である者（その治療の必要の程度につき厚生労働省令で定めるものに限る。以下この項において単に「要介護者」という。）に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことを目的とする施設として、第百七条第一項の都道府県知事の許可を受けたものをいい、「介護医療院サービス」とは、介護医療院に入所する要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて行われる療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をいう。

また、介護医療院の基本方針は、以下のよう示されている。

¹ 厚生労働省ホームページ「介護医療院について」（最終アクセス 2026年4月1日）<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196478.html>

(介護医療院の人員、施設及び設備並びに運営に関する基準 第2条)

第二条 介護医療院は、長期にわたり療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことにより、その者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするものでなければならない。

すなわち、介護医療院においては、入所高齢者の生活介護においては介護保険を使い、医師も常駐しており、血液検査やX線撮影等は医療費として出来高払いで算定可能となっており、看取りへの対応も可能である。

しかしながら制度設計がなされてから8年が経過したが、少なくとも平塚市内には、介護医療院は存在しておらず、全国的にも機能しているとは考えられない。

民間病院の病院長とお話をすると、過去の老健設立の際に、政策として推進した後に、報酬等が引き下げられたこと等の経緯から、新たな事業である介護医療院に対しても同様の懸念から積極的な対応を躊躇する傾向があるようである。

共同親権にかかるヒアリング報告書
(地域包括ケアシステムにおける救急医療ワーキンググループ報告書 別添)

1. 目的

令和6年5月17日、民法等の一部を改正する法律が成立し、同月24日に公布され、令和8年4月1日をもって施行されることとなった。

改正法の内容として、これまでは離婚後の親権者については、父母の一方のみ(単独親権)と定められていたところ、今回の改正法の施行により、離婚後の親権者を父母の双方(共同親権)と定めることが可能となる等、離婚後の子の利益を確保することを目的とした、ルールの見直しが主となっている。

救急医療の現場においては、多くの小児患者が搬送されてくることから、本改正における影響を懸念する声が現場から寄せられていた。

本報告書は、令和7年10月24日(金)に開催された「地域包括ケアシステムにおける救急医療ワーキンググループ(第2回)」において、本改正における離婚後の子の養育に関する制度見直しに関する法務省からの説明およびこれに対する質疑応答の内容をまとめ、制度概要や救急現場で懸念される課題等について情報提供を行うものである。

なお、法務省の講演や質疑については、ワーキンググループ開催当時のものであることから、最新の解釈や個別事案の適合については専門機関にご照会いただきたい。

2. 法務省 講演部分概要

○令和6年民法等改正法の背景と課題

- ◆そもそも父母の離婚は子の生活の安定や、心身の成長に直結する問題で、その後の子の養育に深刻な影響を与える問題である。
- ◆また現在では、子の養育の形態が多様化していることに伴って、様々なケースに対応できるような法的な整備が必要であることが指摘されてきた。
- ◆離婚後の子の養育に関しては、現状において養育費の支払や、親子交流(面会交流)の取り決め率や履行率が非常に低いということもあり、父母の離婚に直面する子の利益を確保するためには、離婚後も父母の双方が適切な形で子の養育に関わり、責任を果たしていただくことが重要であると指摘をされていた。このような背景があって、今般制度の見直しが行われた。
- ◆検討の経過については、令和3年2月に法務大臣から法制審議会へ諮問がされ、丸3年かけて審議がされて法務大臣に答申がされ、令和6年5月に成立、公布された。この法律は公布から2年以内に施行することになっているので、令和8年5月までに施行される予定である。具体的にいつから施行になるの

かは、施行日を定める政令を準備している。

○親の責務等に関する規律の明確化

- ◆ 今回の改正の象徴的な点として、これまで必ずしも民法の中で明記されていなかった親の責務を明確化した。
- ◆ 1点目は、子の人格の尊重で、父母は、親権があるかないか、婚姻関係があるかないかに関わらず、子の心身の健全な発達を図るために子を養育する責務を負う。その際には、子の意見を聴いて、その意見を適切な形で尊重するということを含めて、子の人格を尊重しなければならないことを明確にしている。
- ◆ ここでの子の人格を尊重するというのは、常に子の意向に沿う行為をすることを意味するのではなく、子の年齢や発達の程度に配慮し、もし子の意向が明らかに子の利益に反している場合には、その意に反してでも制止することができるという意味と解釈されている。
- ◆ 2点目は、子を扶養する義務で、その程度について、自分と同程度の生活を維持することができるよう扶養する義務があることを明確にしている。ここでの父母とは、親権があるかないか、婚姻関係があるかないかに関わらず、法律上の親子関係がある実父母、それから養父母の全てを含むという意味になる。
- ◆ 3点目は、父母間の人格尊重・協力義務を明確にしたという点である。もとも民法には直系血族、同居の親族や夫婦の協力義務は明記がされていたが、結婚していない父母については特に規定を置いていなかった。今回の改正で、父母は親権や婚姻関係の有無に関わらず、子の利益のため、互いに人格を尊重し、協力しなければならないことを明確にしている。
- ◆ 4点目は、親権は子の利益のために行使しなければならないことを明確にしたという点である。

現行の民法は、親権について、成年に達しない子は父母の親権に服するという表現をしていた。親権は、父母の責任や義務という側面だけでなく、養育について他人からの不当な干渉を受けないという点や、その責務を履行するにあたって必要な行為をすることができるという点で、父母の権利や権限という側面を持っているが、このような権利や権限としての側面は、父母自身の利益の実現を図るためにあるわけではなく、あくまでも子の利益のために行使しなければならないものと位置づけられる。そこで改正法は旧法の「親権に服する」という表現を改めて、親権は子の利益のために行使しなければならないことを明確にしている。

- ◆ 実務上問題になり得るのは、父母間の人格尊重・協力義務という点である。

具体的に、どういう場合に父母間の人格尊重・協力義務に違反したと判断されるかは、個別の事案における具体的な事情に即して裁判所で判断される。ここで具体的な事情とは、その動機や経緯、事前に協議をしたかどうか、その協議内容、従前父母がどういう関係であったか、こういったことを考慮されつつ違反であるかどうか判断される。

- ◆例えば、義務違反と評価される典型的な具体例としては、暴行、脅迫、暴言など相手方の心身に悪影響を及ぼす言動や、誹謗中傷、濫用的に裁判手続を起こすといったこと、親権者の一方による他方に対する養育に関する不当な干渉、一方が何ら理由なく他方に無断で子の居所、住所を勝手に変えてしまうなどが典型例として考えられる。
- ◆最も実務上問題になるのは、無断で子の居場所を変更する場合である。例えば今回の改正で離婚して共同親権になった後、父母の一方が他方に無断で子を転居させた場合であっても、その理由がDVから避難をする、あるいは子を虐待から守るといったような場合、後で説明する「急迫の事情がある」と認められる場合には、子を無断で転居させたことが、人格尊重・協力義務に違反するとはいえないと考えられる。
- ◆DVや虐待の事案における加害者側の行為は、その親自身が父母相互の人格尊重・協力義務に違反していると言うことができ、そのような親との協力については自ずと限界があるので、このような父母が共同して親権を行使することが困難な場合についてまで、無理な協力を求める趣旨ではない。

○親権、監護等に関する規律の見直し

- ◆親権、監護等に関する規律の見直しとしては3点ある。
- ◆1点目が一番大きなところで、離婚後の親権者に関する規律の見直しである。離婚後、これまでは単独親権しか選択することができなかったものが、共同親権を選ぶことができるようになったことが大きな変更点になる。
- ◆共同親権の導入にあたって懸念されたこととして、例えばDVや虐待という関係がある家族において、共同親権になることで、その従前の支配的な関係が離婚後も継続してしまうのではないかという懸念があった。そこで様々なケースに対応できるように、「父母の双方を親権者と定めることにより、子の利益を害すると認められるとき」は、必ず単独親権の定めをしなければならないことを明記している。
- ◆離婚後の親権者の変更について、改正法は、子自身も親権者変更の手続ができるよう改正をした。家庭裁判所は、親権者を変更することが、子の利益のために必要であるか否かという観点で判断することになっている。
- ◆なお、改正前に既に離婚している父母は、単独親権になっているが、改正法

が施行された後に、単独親権から共同親権に変更するという申立てをすることができることになる。

- ◆ 2点目は、婚姻中を含めた親権行使に関する規律の整備である。共同親権のもとでは、原則として親権を共同行使することになる。ここでいう共同行使とは、常に父母が連名で手続き等の行為をしなければいけないことを意味するわけではなく、双方で親権行使について協議をして、決まったことに基づいて、どちらかが単独の名義で親権行使をすることもできると解釈されている。
- ◆ この共同行使の場合において意見対立があつて、意見が一致しない場合には、それを調整するための裁判手続も今回の改正で設けられている。特定の事項について父母の意見が合わない場合は、裁判手続を使って裁判所が、どちらが親権を行使すべきか判断することになる。
- ◆ ポイントとして、親権行使自体は単独名義で行ってもよいということが挙げられる。婚姻中の父母は共同親権であるが、例えば、まだ離婚していないが別居中の父母も共同親権の状態であり、親権を行使する際に、常に親権者2人で署名押印をしているわけではない。改正法は、そういった共同親権下での親権行使の実務を変えるものではない。
- ◆ 共同親権でも、単独で親権行使が可能な場合を、今回の改正で明確化している。具体的には、他の一方が親権を行うことができないとき、子の利益のため急迫の事情があるとき、監護及び教育に関する日常の行為、こういったものについては単独で親権を行使することができる。
- ◆ 「子の利益のため急迫の事情があるとき」について、実務上、どういう場合がこれに当たるのかよく質問を受けるところである。子の利益のため急迫の事情があるのは、父母の協議や、家庭裁判所の手続を経ては適時に親権を行使することができず、その利益を害するおそれがあるような場合を指すと解釈されている。
- ◆ 典型例の一つは、心身に重大な影響を与える緊急の医療行為を受けさせる必要がある場合である。その医療行為を受けさせることについて、親権者は原則として共同して親権行使をしなければいけないことになるが、意見が一致しない、だけれどもそれが差し迫っていて、父母の協議や家庭裁判所の手続を経ては、かえって子の利益を害する場合に、どちらか1人で親権行使をすることができることになる。
- ◆ 「監護及び教育に関する日常の行為」については、日々の生活の中で生ずる身上監護に関する行為で、子に対して重大な影響を与えないものを言うと考えられている。「身上監護に関する行為」とは、いわゆる身の回りのこと、生活のことや、教育の関係といったものが身上監護に当たる。具体的にどの

ようなものが「監護及び教育に関する日常の行為」に該当するか、ここでポイントになってくるのは「重大な影響を与えないもの」といえるかどうかである。

- ◆医療行為に関しては、改正前の民法においても、親権と医療行為の同意との関係について解釈が分かれており、改正後もこの問題は引き続き残ることになる。
- ◆単独の親権行使が可能な「監護及び教育に関する日常の行為」に当たる例としては、軽い風邪の治療や、一般的な集団で接種するようなワクチンの接種、こういったものについては日常の行為に該当すると整理がされている。
- ◆3点目は、監護権に関する規律の整備についてである。監護権とは、子の身上監護、身の回りの世話をする権利義務であり、親権者とは別に、監護者を指定することができる。監護者が指定された場合は、父母が共同親権を選択して、双方が親権者である場合であっても、その一方を監護者と定めることができ、その場合、監護者が身の回りの世話のことについて単独で決定することができる、その場合は監護者の判断が優先するという関係になる。
- ◆親権者は戸籍に記載がされるが、監護者が誰であるかは戸籍に記載されない。例えばある医療機関が子の医療行為をする場合に、誰が親権者であるか、または誰が監護者であるか、どう判断すればいいのかが問題となり得る。医療機関は誰が親権者であるかとか、監護者についてどういう定めがされているかを正確に知りうる立場にないので、基本的には父母からその事実を確認して、申告された内容を前提に、それに沿って行動すればよいと考えられる。
- ◆その他、養育費の関係や、その他の見直しもあるが、医療の現場で問題となり得るポイントとしては以上申し上げた点が中心になる。

3. 質疑

(日本医師会 役員)

- ◆共同親権であっても、例えば救急現場で本当に急迫の場合は、父母どちらかで親権行使が可能ということをご説明いただいた。ただ、待機手術の場合に、例えば今まで同意書を取っているが、片親だけの同意を取っても、後ほど民事でもう片方の親が入ってきて紛争になるようなことは無いのか。コロナのワクチンで色々なトラブルがあったりする事例も見受けられたが、同居していない親も、同等の親権ということで意見を述べることができるのか。
- ◆また、前述のようなケースでは民事で訴えることができるのか。医師会側の弁護士等にも確認したが、民事での訴えを阻止することはできないと聞いている。救急や災害のときもそうだが、共同親権になったことによって医療行為自身の弊害になるようなことについて、ご意見や、情報をお聞かせいただ

きたい。

(法務省)

- ◆懸念点をお示しいただいたところは、現行法下でも別居中で離婚前の父母だと、共同親権の状況であるので、同じ問題は現行法下でもあったと考えている。
- ◆まず手術の同意書の関係で、例えば書式上、2人の連名にしなければいけないのかという疑問点があると思うが、先ほど申し上げたとおり、仮に共同親権であったとしても、常に2人連名で法律行為をしなければならないということでない。2人で親権行使について協議し、相手方の同意を得た上で、単独名義で親権行使をするということも可能であるので、同意書の関係でいうと、2人で協議した結果として、同意書に名前を書くという整理になるかと思う。
- ◆同居していない親の意見をどう考慮すればいいかだが、これも先ほど申し上げたとおり、医療機関の方は、どなたが親権者であるのか、共同親権なのか、単独親権なのか、あるいは監護権者の定めがされているのかを正確に知り得る立場ではなく、そういった同意を得る際に、必ずそれを医療機関の側で調べなければならないという義務を負っているとは考えられないと思われる。
基本的には父母から、その辺りの事実関係を確認して、共同親権であれば、「お2人で話し合った結果をお伝えください」という対応をしていただければ良いのではないかと整理している。そこは現行法における医療機関での対応、運用実務を今回の改正で何か変える必要があるとは考えていない。
- ◆民事訴訟のリスクという点では、何をもってどうすれば完全にリスクを無くせるのかというと、なかなか難しいところはあるが、今申し上げたような整理に沿って対応していただく部分においては、そういった訴訟を仮に起こされたとしても、病院の側で損害賠償の義務を負うような可能性は低いと考えている。

(日本医師会 役員)

- ◆民事で訴えられるリスクはゼロではないと理解させていただいた。
- ◆同意書のところで、単独親権の場合は問題ないが、共同親権の場合には、救急、待機手術に関しても、障害が残ったような場合にどんな形になるのか、引き続き日本医師会としても気になる場所である。
- ◆今後、救急の現場、外科など手術をする場合、またワクチンを打つ場合、今後は一言、例えば「共同親権で、きちんと話し合われた」といった文章も書

き加えておかなければいけないのかなということも感じたところである。

(委員)

- ◆単独親権を行使する場合として、例えば交通事故で悪化して救急に来て、すぐに手術が必要だという場合は仕方がないと思われるが、手術が必要だが1時間は余裕があるという場合に、親権の共同行使をするためにどれだけ相手方に連絡を取ったとか、そういった努力をどれ位したらいいのか、連絡がどうしてもつかなくて結果的に仕方がないと認められるか、それらの時間的な切迫度について、ガイドラインなどがあった方がいいのではないか。
- ◆また、例えば子供が交通事故で搬送されてきて、急性硬膜下血腫とか脳挫傷で、救命のためには手術が必要だが、かなりの後遺症が残ると見込まれる場合に、その時に単独行使された方について、もう1人の方が「結局良くなっていないではないか」とクレームをつけて来ないかが気になっている。

(法務省)

- ◆今、例でお出しいただいた、本当に緊急の事態で、差し迫って手術の必要がある場合や、今すぐでなくても1～2時間というスパンで手術の必要性が迫っている場合は、おそらく今でも連絡がつく親御さんに連絡を取って、確認をして、手術をするという対応を取られているのかと推測をするが、そういった今の運用で、改正後に大きな問題が生じる可能性は無いと思っている。
- ◆現在でも、そもそもお子さんが運ばれてきたときに、その親御さんが共同親権か単独親権か、あるいはどちらが同居しているのか、別居中なのか同居中なのか、そういった事情を正確に知り得る手段もまず無く、それをきちんと確認する法的義務や根拠付けがあるのかということ無いので、今もおそらく可能な範囲で親御さんのご意向を確認して対応されているかと思う。その対応で今後も基本的には足りるのではないかと思うのと、差し迫った手術の必要性があれば「急迫の事情がある」ということで、通常は単独で行使できる場合に当たるので、どちらか1人に確認を取って対応することで足りると考えられる。

(委員)

- ◆できれば、どれ位までが「急迫」となるのかとか、その辺りもある程度具体的にお示しいただきたい。

(法務省)

- ◆最終的に「急迫の事情」があるかないかについては、裁判所が諸事情を考慮

して判断するものであるので、法務省として明確にこれぐらいの時間があれば急迫であるということを行うことはなかなか難しい。

- ◆先ほど申し上げたとおり、協議ができるのを待っていては、あるいは、その裁判の手続を行う時間的な余裕がないと考えられる場合は「急迫の事情」ありとなるというのが一つの考え方であるので、それに沿って考えていただければと思う。

(委員)

- ◆親が子に対して親権を持つというのは分かるが、例えば、子供が親に対してどの位の権利を持つかという場合もあって、例えば高齢者施設でワクチンを打つ場合に、その人の子供全員に「ワクチンを打っていいか」と確認している訳ではなくて、キーパーソンを1人立てて、その人がOKならワクチンを打ったりしている。
- ◆現実には、例えば私の親のワクチンを打つときには、子供1人の意見でワクチンを打てたりしているが、なぜ子供の場合は、親を両方説得しないとワクチンを打てないのか。成人の場合では、臨床上ではキーパーソンというものを立てて、10人兄弟がいても、たった1人の了解で医療行為を進めているのに、子供の場合は、両親に了解を得なくてはいけないのかがよく分からなかったのご説明を頂きたい。
- ◆私たちは現場では、成人の方が意思表示をできない場合には、配偶者であったり兄弟であったり、それなりの人をキーパーソンとして立てて医療を進めている。そうでないと子供や配偶者もいて、なかなか医療の選択ができない部分が出てくると思う。子供の場合だけは、なぜ共同親権で両親となっているのか教えていただきたい。

(法務省)

- ◆成人している方の場合、その方自身が意思表示できない場合は、民法上は、その方の医療行為について意思表示を代わりにする立場の方はどなたもいらっしやらないという整理になると思う。
- ◆今の医療現場で、キーパーソンを立ててその方に確認をするというところも、民法を前提とすると、キーパーソンが同意をすることによって何か法的な効果があるかというところ、そこはなかなか説明が難しいところではないかと思う。
- ◆未成年の子の場合は、親権者がおり、また監護権者が親権者が監護権を持っているので、子に代わって医療行為について判断することができる権限がある。成人では、誰かがその方に代わって意思表示をする権限を持った方は基本的にはいないので、本人が意思表示できない場合は誰もそれをできないが、

運用として、どなたかキーパーソンに確認をして医療行為をされているというわけではないかと考える。

(委員)

- ◆できれば子供の場合も、優先権ではないが、こちらの親が承諾したらもう進めていくくらいのことを、離婚するときに話し合っておいていただかないと、なかなか後になって、その場で話し合いと言ってもそうはいかないと思う。

(委員)

- ◆そもそもこの法律の背景は、離婚した場合に、親のどちらかがほとんど教育だとか養育に関与せず、子供があまりに不幸になるということが多くなっているというのが背景で、それが医療になった場合の親の責任という議論かと聞いていたが、そのような理解でよろしいか。

(法務省)

- ◆まさにその点が今回の改正の背景にあるところである。これまで単独親権しか選択できないことで、離婚後はどちらかの親の意向に沿って子の監護がされ、養育がされているという状況だった。
- ◆しかし、本来その子の利益を考えると、重大な影響を与えるような事項については、父母双方が親権者となり、父母で協議をして慎重に検討した結果、親権を行使していただくことが、子の利益にかなう場合もあるのではないかとこのところが今回の改正の背景である。
- ◆例えば命に関わるとか、重篤な副作用のおそれがあるような医療行為については尚更で、やはり父母で慎重に検討して、協議していただいた結果を踏まえて行っていただくことが、子の利益にかなうという面はあると思う。

(委員)

- ◆やはり2名の親の承諾を頂くことは現実的には不可能で、どちらが監護者かというのも医療側ではその都度分からないので、まずその辺をQ&Aなどでも明らかにしていただくとありがたい。

(法務省)

- ◆補足だが、共同親権、単独親権どちらにするかは、今回の改正の中ではどちらも原則とはしてはなくて、フラットに離婚後どちらかを選択することができるということになっている。
- ◆先ほど申し上げたとおり、単独親権の定めをしなければならない場合はある

が、それに当たらない場合、単独親権、共同親権どちらかを選ぶことができ、どちらかが原則、例外ではないというところをご理解をいただきたい。

- ◆今日ご指摘いただいたところも踏まえて、周知広報をしっかりとやらなければいけないと受け止めた。
- ◆Q&Aについては、今後も実務上、質問が多いところや、課題になるようなところは適宜、必要に応じて追記をしたり修正したりということも検討している。今日のご意見も踏まえて、引き続き検討させていただきたい。

4. 民法の法改正の施行にあたって示された資料（令和8年4月1日時点）

日本医師会では、令和8年4月1日付日医発第9号（法安）（地域）（健Ⅰ）（健Ⅱ）を発売し、「民法等の一部を改正する法律（父母の離婚後等の子の養育に関する見直し）の施行について（通知）」を周知している。

同文書では、今般の共同親権制度の導入に伴う制度改正の情報提供やQ&A形式の解説資料について、法務省ウェブサイトにて公表されていることを周知するものである。

そのうち、関係府省庁等連絡会議において作成されたQ&A形式の解説資料については、民法編と、行政手続・支援編が作成されており、医療同意に関するQ&Aについては民法編に記載がなされている。

下記は、その中でも救急医療に関連すると思われる部分について、WGで抜粋を行ったものである。ワクチン接種等、その他医療一般に関するQ&Aについては、法務省ホームページ¹をご参照頂きたい。

○民法等の一部を改正する法律（父母の離婚後等の子の養育に関する見直し）

について〔令和8年4月1日施行〕Q&A形式の解説資料（民法編）より抜粋
Q4-9

Q: 「子の利益のため急迫の事情があるとき」とはどのような場合か。

A: 新民法第824条の2は、父母双方が親権者であるときは、親権は父母が共同して行うこととした上で、子の利益のため急迫の事情があるときは、親権の単独行使が可能であるとしている。

「子の利益のため急迫の事情があるとき」とは、父母の協議や家庭裁判所の手続を経ては、適時に親権を行使することができず、その結果として、子の利益を害するおそれがあるような場合をいう。個別具体の状況によるが、

¹ 法務省ウェブサイト https://www.moj.go.jp/MINJI/minji07_00377.html
(最終アクセス令和8年5月15日)

例えば、

- DVや虐待からの避難（子の転居などを含む）をする必要がある場合
 - ※ 現にDVや虐待の被害にあっているときやその直後のみに限られず、加害行為が現に行われていない間も、急迫の事情が認められる状態が継続し得る。
- 子に緊急の医療行為を受けさせる必要がある場合
- 入学試験の結果発表後に入学手続きの期限が迫っているような場合などである。

急迫の事情があるときに当たるかどうかの判断においては、その子が置かれた状況や父母の意見対立の状況等、様々な事情が考慮される。DVや虐待から避難中であるといった事情もその考慮要素になり得る。

父母間の深刻な意見対立等により、父母の協議や家庭裁判所の手続を経ては適時の親権行使ができないというような事情があるような場合も、急迫の事情があるときに当たり得る。

Q4-22

Q. 子に対する医療に関する判断は、「監護及び教育に関する日常の行為」に該当するか。また、その判断が「子の利益のため急迫の事情があるとき」に該当するのはどのような場合か。

A. 子の心身に重大な影響を与えないような治療（例えば、風邪、ぜんそくやアレルギー等の治療などのように、日々の生活の中で生ずるもの）の決定は、「監護及び教育に関する日常の行為」に該当する。他方で、生命に関わる医療行為等、子の心身に重大な影響を与えるものは、「監護及び教育に関する日常の行為」に該当しない。

緊急の医療行為を受ける必要があり、父母の協議や家庭裁判所の手続を経ては適時に親権を行使することができない場合は、「急迫の事情」があるときに当たる。手術日まで二、三か月程度の余裕がある場合には、直ちにはこれには当たらないが、協議等ができないまま手術日が迫っているような場合は、これに当たることとなり得る。

Q4-24

Q. 子の服薬に関する判断は、「監護及び教育に関する日常の行為」に該当するか。
A. 子の心身に重大な影響を与えない薬の決定は、「監護及び教育に関する日常の行為」に該当する。

Q4-25

Q. 共同親権下の子については、医療行為への同意の取得に関し、新民法第824条の2が新設されたことにより、従前の実務を変更すべきか。

A. 共同親権下の子（離婚前別居中の父母の子を含む。）の医療について、従前行われていた医療実務に、直ちに変更が生ずるものではないと考えられる。

（参考）新民法第824条の2

第二百二十四条の二 親権は、父母が共同して行う。ただし、次に掲げるときは、その一方が行う。

- 一 その一方のみが親権者であるとき。
- 二 他の一方が親権を行うことができないとき。
- 三 子の利益のため急迫の事情があるとき。

2 父母は、その双方が親権者であるときであっても、前項本文の規定にかかわらず、監護及び教育に関する日常の行為に係る親権の行使を単独ですることができる。

3 特定の事項に係る親権の行使（第一項ただし書又は前項の規定により父母の一方が単独で行うことができるものを除く。）について、父母間に協議が調わない場合であって、子の利益のため必要があると認めるときは、家庭裁判所は、父又は母の請求により、当該事項に係る親権の行使を父母の一方が単独ですることができる旨を定めることができる。

救急災害医療対策委員会

Ⅲ. 「日本医師会二次救命処置（ALS）研修 の普及・教育資材」ワーキンググループ 報告書

令和8年6月

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）
	北村 龍彦（高知県医師会常任理事）
	西 芳徳（熊本県医師会理事）
	鋤方 安行（大阪府医師会理事）
	郡山 一明（北九州八幡東病院副院長）
	田邊 晴山（救急振興財団救急救命東京研修所教授）

1. 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急救命処置・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）研修事業を開始した。

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（AHA¹）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、前期の令和4・5年度日本医師会救急災害医療対策委員会では、「日本医師会 ACLS 研修制度の検討」ワーキンググループを中心に、同研修の要綱等の改正について検討が行われた。

同ワーキンググループの報告書を受け、日本医師会では令和6年4月に名称変更も含めた制度改正を行い、研修事業の新たな名称を「日本医師会二次救命処置(ALS)研修」として、現在に至っている。

令和6・7年度日本医師会救急災害医療対策委員会（以下、親委員会）では、令和6年12月26日に開催された第1回の親委員会において、日本医師会松本吉郎会長から「直近の情勢を踏まえた医師会の救急災害医療対策について」という諮問がなされた。

この諮問を受け、前期のワーキンググループ報告書において、「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

¹ American Heart Association の略称

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²とされたことから、研修会の普及や、各地の研修会で活用可能な標準的な教育資材の検討を行うことを目的として、親委員会の下に「日本医師会二次救命処置（ALS）研修の普及・教育資材」ワーキンググループ（以下、WG）が設置された。

2. WGの経緯と本報告書の留意点

今期の期中となる2025年は、国際蘇生連絡委員会（ILCOR³）が毎年発行する国際コンセンサス（CoSTR⁴）の5年分の改訂を受け、日本蘇生協議会（JRC⁵）が5年ごとにJRC蘇生ガイドラインを見直す年にあたっている。日本救急医療財団の心肺蘇生法委員会が作成する「救急蘇生法の指針」等、我が国における心肺蘇生法に関する各種資料については、「JRC蘇生ガイドライン」を参考として5年毎に大きな改訂がなされていることから、WGにおいても齟齬が発生しないよう、「JRC蘇生ガイドライン2025」の公表を待って議論を開始することとした。

令和7年10月22日にアメリカ心臓協会（AHA）やヨーロッパ蘇生協議会（ERC⁶）が、それぞれのガイドラインを発表するのとほぼ同時に「JRCガイドライン2025」のパブリックコメント版が公開され（令和7年10月23日～令和7年11月30日の期間で公表）、パブリックコメントを反映した形で、当初は令和8年3月末までに最終版（書籍版）が出版予定とされていたことから、当該タイムスケジュールを踏まえて、第1回WGを令和7年11月4日に開催した。

同日は、坂本座長から「JRC蘇生ガイドライン2025」のパブリックコメント版時点における主なガイドラインの改訂点等について整理を行った上で、委員から質疑や各

² 令和4・5年度日本医師会救急災害医療対策委員会報告書（令和6年6月） p11

³ International Liaison Committee on Resuscitation の略称

⁴ International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations の略称

⁵ Japan Resuscitation Council の略称

⁶ European Resuscitation Council の略称

地の進捗状況について共有を行った。また同内容について、第3回および第4回親委員会において報告を行い、当該時点における質疑を行った。

しかし、「JRC 蘇生ガイドライン 2025」の最終版（書籍版）について、順次発刊の延期が公表され、令和8年5月時点で、「JRC 蘇生ガイドライン 2025」の最終版（書籍版）の出版について「パブリックコメントの反映等、編集作業の増加により2026年7月に遅延する見込み」⁷とされていることから、令和8年6月までの今期の委員会中には、当初想定した作業ができないことが明らかとなった。

以上から、本ワーキンググループは「JRC 蘇生ガイドライン 2025」のパブリックコメント版の内容で可能な範囲での作業を行うこととし、本報告書については最終版（書籍版）の公表前の議論に基づく内容であることに留意いただきたい。

また、最終的な改訂内容については、令和8年7月頃に発行とされている「JRC 蘇生ガイドライン 2025」の最終版（書籍版）や、その後に発行される「救急蘇生法の指針 2025」の市民用、市民用・解説編、医療従事者用の各編を参照されたい。

3. 本報告書の目的

前述のWGの経緯を踏まえて、本報告書の目的について以下の通りとする。

- ① 都道府県医師会・郡市区等医師会関係者、会員（特に常時救急医療に従事しない全ての医師）および会員所属の医療機関に対して、「JRC 蘇生ガイドライン」並びに「救急蘇生法の指針」や、その改訂の実施について広く認知いただくこと。
- ② 「JRC 蘇生ガイドライン 2025」パブリックコメント版までの議論を踏まえ、「JRC 蘇生ガイドライン 2020」からの改訂点として検討されている論点を整理し、今後各地で行われる研修等で、見直しが必要となる可能性がある内容について、特に開催者となる方に情報提供をすること。（ただし、現時点では未確定の内容であることに留意し、最終版を確認することも併せて情報提供する）

⁷ 日本蘇生協議会ウェブサイト「JRC 蘇生ガイドライン 2025」<https://www.jrc-cpr.org/jrc-guideline-2025/>（最終アクセス 2026年5月25日）

- ③ 普及・教育資材に関して、「JRC 蘇生ガイドライン 2025」等の最終版（書籍版）の出版以降、日本医師会として実施していくべき内容を整理して申し送ること。

4. 「JRC 蘇生ガイドライン 2025」パブリックコメント用における主な変更点 （特に日本医師会二次救命処置（ALS）研修に関係する点）

第1回 WG では、公表された「JRC 蘇生ガイドライン 2025」パブリックコメント用をもとに、坂本座長により主な改正点等をまとめた講演が行われた。以下はその議事録から作成した。

○JRC 蘇生ガイドライン 2025 オンライン版（パブリックコメント用） 目次 （令和7年10月23日～令和7年11月30日の期間で公表）

- 一次救命処置(BLS)2025_ver1
- 成人の二次救命処置(ALS)2025_ver1
- 小児の蘇生(PLS)2025_ver1.
- 新生児の蘇生(NCPR)2025_ver1.
- 妊産婦の蘇生(Maternal)2025_ver1.
- 緊急心血管治療(ECC)2025_ver1.
- 脳神経蘇生(NR)2025_ver1.
- ファーストエイド(FA)2025_ver1.
- 普及・教育のための方策(EIT)2025_ver1.
- 補遺_わが国の疫学とシステムの現状 2025_ver1.
- 補遺_救命処置に関する倫理と法 2025_ver1.
- 補遺_海外での課題 2025_ver1.

○ガイドラインの構成等に関する変更点・ポイント

- JRC 蘇生ガイドライン 2025 の中には、日本独自で行っている妊産婦の蘇生、緊急心血管治療（急性冠症候群、心原性ショック、不整脈）、脳神経蘇生が含まれている。
- 補遺として、我が国の疫学とシステムの現状、救命処置に関する倫理と法、発展途上国などにおける蘇生を取り扱った海外での課題が追加されている。なお、2020年版では補遺として「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）への対策」があったが、2025年版では季節性インフルエンザ等も含めた通常の感染対応と同

様に扱うということで、ILCOR と同様 JRC として特別な章立ては行っていない。

- 従来、「医療従事者による一次救命処置」は、「成人の二次救命処置」の一部として含まれていたが、今回は「一次救命処置」の中に「医療従事者による一次救命処置」として移動させた。医療従事者向けに実施される日本医師会二次救命処置 (ALS) 研修の標準カリキュラムには「一次救命処置」も含まれているので、今後は当該項目も参照する必要がある。
- 従来、不整脈は「成人の二次救命処置」で扱っていたが、「緊急心血管治療 (ECC)」の中に、心原性ショックと不整脈の項目を新たに作り、これらは ECC で扱う。
- 従来、普及・教育のための方策の中に、疫学とシステムの現状、倫理と法が含まれていたが、普及・教育に関しては講習会や救急医療体制のあり方等のみにして、「わが国の疫学とシステムの現状」や「救命処置に関する倫理と法」として補遺に移した。これらは日本医師会二次救命処置 (ALS) 研修にも深く関わってくる。

○ガイドラインの内容に関する主な変更点・ポイント

- 乳児に対する一人法の心肺蘇生について、ILCOR では特に触れていなかったが、AHA と ERC は共に中指と人差し指、あるいは中指と薬指の 2 本指で圧迫する従来のスタンダードを完全に排除した。JRC では正式版までの検討テーマである。
- 人工呼吸については、特に小児の場合は行うことが望ましいことを強調した。ERC は小児の場合は人工呼吸から始めるとしており、AHA との違いがある。また、JRC ガイドライン 2020 ではコロナ対応に強く影響されて、基本的には成人に対しては人工呼吸を行わないことを強調していた。その結果、総務省消防庁で収集する「ウツタイン統計データ」によると、人工呼吸が重要と考えられている小児に対しても、バイスタンダー CPR の内、人工呼吸の実施率が著しく落ちており、人工呼吸の実施率の低下と社会復帰率の低下との関連があるのではないかという論文が出ている。教育訓練の中では、スタンダードは人工呼吸を行い、特に医療従事者に対して

は、胸骨圧迫だけでは小児、窒息や溺水などによる心停止、長時間の蘇生を要する場合には十分対応できないことを強調していく必要がある。

- 電気ショックに関しては基本的には従来通りだが、大きなポイントとして、特に日本の高校生などにおいて女子の AED の装着率が低いという論文が出ている。これは女性の素肌を出すことに関する心理的抵抗がそれを妨げているということがある。今回、ILCOR からも電極パッドを直接素肌に貼るためには服をずらすだけで、ブラジャーを外す必要はないという提案が出ている。
- 電極パッドの貼る位置について、一般的に胸郭の前面に寄り過ぎていて、特に左側のパッドがもっと背中側に貼付して、心臓を挟むような形になる必要がある。このパッドの位置によって、除細動の成功率がかなり違うので、電極パッドを貼る正しい位置について、ガイドラインでもイラストを載せるなど更に強調していく。
- 二次救命処置において胸骨圧迫を中断するのは、人工呼吸の時と ECG（心電図）や ROSC（自己心拍再開）を評価する時、電気ショックを実施する時のみとすることを強調している。従来、中断は 10 秒以内としていたが、可能な限り短くすることとした。

ILCOR の CoSTR では、人工呼吸を行う際にも十分やり方を練習すれば、胸骨圧迫の解除の瞬間に空気を送り込むことによって、胸骨圧迫を中断しなくても人工呼吸ができるという意見もあるが、日本では気管挿管を行ったときのみ、胸骨圧迫を中断せずに人工呼吸を行うという従来通りのスタンスを取っている。

- 「可逆性の原因の検索と是正」は、基本は従来通りだが、例えば高カリウム血症を見つけたときの対応などは、従来推奨されていたカルシウムの投与が今回は否定されるなど、各論で色々と違いがある。
- 血管収縮薬については、従来通りアドレナリンが選択されている。従来から特にショック非適応リズム、PEA（無脈性電気活動）や心静止の場合には「できるだけ速やかに投与する」と表現されていたが、今回更に強調されている。特に病院外での

心停止での、救急隊の救急救命士によるアドレナリン投与の場合に、現場到着からの時間をできるだけ短縮することが強調される想定である。

- 声門上気道デバイスに関しては、訓練を受けた救助者は使用を考慮しても良いが、バッグバルブマスクで人工呼吸が良好であれば、高度な気道確保は心拍再開してからでも十分ということで、バッグバルブマスクの継続も考慮することを明記している。
- 気管挿管に関しては、成功率が高い場合のみ考慮してよいということで、ILCORのCoSTRに従っている。元になった論文では大体70%程度以上でないと、かえって気管挿管による胸骨圧迫の中断などで不利益になる可能性があることが示されているので、少なくともその辺りを目指す必要がある。
- 体温管理に関しては、ERCとAHAでもかなり意見が違っていて、ERCは37.5°Cの発熱さえ防げればいいが、AHAはJRCと同じように32°Cから36°Cを考慮するということになっている。JRCでは検討した結果、今、わが国でもいくつかの研究が実施中であり、少なくともその結果が出るまでは、低体温療法で32度まで下げることでも考慮してよいことにしている。
- ROSC後のPCI(冠動脈インターベンション)については、12誘導心電図でSTEMI(ST上昇型心筋梗塞)が疑われる場合は意識が戻る前に早期に行うが、non-STEMIの場合には緊急でやらなくてもいいということで、若干そのタイミングが緩和された。
- トレーニングについては、ハイリスク集団、例えば急性冠症候群、心不全、心筋症などで入院された患者や患者家族などへのBLS教育など、特定集団向けの教育が重要という提言がされている。

また教育格差の是正や、医療従事者のトレーニングがアウトカムに与える影響に言及されている。この点、日本医師会の二次救命処置(ALS)研修会について、単に枠組みを作るだけでなく、いかに日本全国の臨床医に普及させるかという実効性が問われることから、普及も考えた教育体制を検討する必要がある。

- 教育するインストラクターに対する Faculty Development ⁸が今回取り上げられており、研修会の指導者に対する教育についても、今後日本医師会として検討する必要がある。
- インストラクショナルデザインについて、AR（拡張現実）の使用、ゲーム形式の学習、ハイブリッドの実技と e ラーニングを混ぜた混合型学習、従来の集中的な半日、1日集まって行うトレーニングだけではなくモジュール化したようなトレーニングの方法が求められている。その際にフィードバック機器を使うことが非常に訓練の有効性を高めるということが提案されている。これらについてはコストのかかることであるので、日本医師会としてどう取り組んでいくかを考えるべきである。
- 医療従事者への身体的、精神的な影響、それから心停止後のコ・サバイバー（co-survivor：心停止から生還した患者の家族等、心停止の影響を受ける周囲の人々）も含めた包括的な支援体制の重要性など、我々医療従事者にとって求められる内容、倫理的な部分が講習の中で必要となる。eラーニングでいいので、日本医師会二次救命処置（ALS）研修でも取り入れていく必要がある。
- 普及と実践として、ドローン搬送型 AED や、ポケットサイズ AED などの新しいテクノロジーが次々と出てくるので、都度キャッチアップしていく必要がある。

5. 今後検討すべき普及・教育資材に関して

普及・教育資材を作成する場合は、「JRC 蘇生ガイドライン 2025」最終版（書籍版）の出版の内容と齟齬が出ないようにした上でコンテンツ等を作成する必要がある。その上で、以下について日本医師会として対応していくべきである。

◆普及について

- ・今回のガイドライン等の変更点について、医師会、関係団体、医療機関等が研修会を開催する際に、対応が必要な点を参照するための手引きを作ってはどうか。

⁸ 教員が授業内容・方法を改善し向上させるための組織的な取組の総称。（文部科学省）

- ・2015年のJRC蘇生ガイドラインの改訂では、日本医師会で変更点をまとめたポスターを作成した。今回、同様のポスター等を作成し、会員の手元に届くような形にしてはどうか。また、そこに研修会等への参加を促す内容を含めてはどうか。
- ・日本医師会雑誌等の日本医師会会員向けの情報媒体の中で「JRC蘇生ガイドライン2025」への改訂に関する周知・関係企画の検討をしてはどうか。

◆教育について

- ・チーム蘇生、胸骨圧迫や人工呼吸の実技等は集合研修が必要となるが、座学での学習が可能な部分に関しては共通のコンテンツを作成して、オンデマンドでe-learningを受講できる形にすることにより、全トータルの約8時間という時間は不変として、集合研修の時間を短くできるようにしてはどうか。その際は終了時のテストで、知識の到達度を確認できるようにすることも検討するべきである。
- ・これまで日本医師会二次救命処置(ALS)研修については、旧名称の時から日本救急医学会のICLSコースを満たす研修は日本医師会の指定研修の要件も満たすものとして認めてきた。一方で、今後、研修会を開業医に特化した内容にした場合に、参加した講師に対してICLSのインストラクター等の更新資格が付与されるのかどうか、日本救急医学会のICLS委員会との調整が必要ではないか。
- ・研修会の指導者への教育についてFaculty Developmentの観点から検討をしていくべきではないか。また、研修のインストラクショナルデザインについても検討し、日本医師会として支援方法等を検討していくべきではないか。

6. 終わりに

今期のWGは、JRC蘇生ガイドライン2025の発行と平仄を合わせる形で進めてきたが、当ガイドライン最終版の発行延期に伴い、可能な範囲での対応を行った。

また、今期のWGでは前期に引き続き、研修の普及や標準的な教育資材についても触れられた。日本医師会は、本報告書を踏まえて具体的な推進を行っていただきたい。

救急災害医療対策委員会

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

令和8年6月

ワーキンググループ委員

座長 山口 芳裕（国際医療福祉大学 特任教授）

委員 新井 悟（東京都医師会参与）（～2025年7月15日）

宮崎 国久（東京都医師会理事）（2025年7月15日～）

鍬方 安行（大阪府医師会理事）

概 要

本ワーキンググループは、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得られた多くの知見と経験を“レガシー”として次世代へ引き継ぎ、マスギャザリング災害に備えた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。また、令和4・5年期には、マスギャザリング災害に対応する医療の基本骨格を再整理し、これを反映させた『大規模イベント医療・救護ガイドブック改定第2版』を上梓した。

今期は、改訂作業を通じて重ねられた検討の成果と過去のイベント開催で得られた経験を、2025年4月に開催された日本国際博覧会（大阪・関西万博）や9月の東京2025世界陸上、11月の第25回夏季デフリンピック競技大会、さらに2026年に愛知県で開催されるアジア競技大会に繋ぐために、2025年2月24日に「大規模イベント医療・救護研修会」を開催した。また、ワーキンググループの構成員は、それぞれ東京、大阪において地元で開催される大規模イベントの医療体制整備に向けた講演会開催などの支援を精力的に展開し、安全・安心なイベント開催に貢献した。

目次

1. 日本医師会「大規模イベント医療・救護研修会」 （山口委員長／座長）
2. 2025年日本国際博覧会「大阪・関西万博」における医療体制 （鍬方委員）
3. 東京都において開催された大規模イベントの医療体制 （宮崎委員）

1. 日本医師会「大規模イベント医療・救護研修会」

山口 芳裕（国際医療福祉大学 特任教授）

2025年2月24日に日本医師会「大規模イベント医療・救護研修会」を開催した。

本研修会は、2025年4月から大阪・関西万博、11月には東京デフリンピック、そして2026年には愛知県でアジア競技大会が開催されるなど、国内で多くの大規模イベントの開催が予定されていることを控え、各地域の医師会として、事前の段階からどのように関わっていくべきかを学ぶことを目的として、行われたものである。

当日は、日本医師会館とWEBのハイブリッド形式で開催され、全国から200人以上の受講者が参加した。

冒頭、あいさつに立った細川秀一常任理事は、今回の研修会開催の趣旨等を説明した上で、本研修会で得られた知見が、参加者の地元の医師会で活用されることに期待すると述べた。

当日のプログラムと講師は次ページの通り。

研修会全体の企画・監修は、杏林大学医学部主任教授・高度救命救急センター長で、日本医師会救急災害医療対策委員会委員長が担当した。

13:30-13:40	開会挨拶 日本医師会 常任理事 細川 秀一
13:40-13:50	1. 東京オリンピック・パラリンピック大会の経験と教訓 東京 2020 大会 都市オペレーションセンター 医療統括 加藤 聡一郎、井上 孝隆、山口 芳裕
13:50-14:00	2. 2025 年大阪・関西万博における医療救護対策 2025 年日本国際博覧会協会医療救護協議会議長 / 大阪公立大学大学院医学研究科 救急医学 教授 溝端 康光
14:00-14:10	3. 大規模イベントの医療体制 東京 2020 大会 東京スタジアム 会場医療者統括責任者 / 市立青梅総合医療センター 救命救急センター長 宮国 泰彦
14:10-14:20	4. マスギャザリング医療(総論) 日本医師会救急災害医療対策委員会 委員長 山口 芳裕
14:20-14:30	休憩
14:30-14:55	5. CBRNE テロ:除染実習(デモ) 埼玉医科大学国際医療センター 救命救急科 教授 井上 孝隆
14:55-15:20	6. 銃創・爆傷対応:止血実習(デモ) 杏林大学医学部 救急医学 講師 加藤 聡一郎
15:20-15:30	休憩
15:30-15:40	7. 大規模イベントと感染症 埼玉医科大学国際医療センター 救命救急科 教授 井上 孝隆
15:40-15:50	8. 大規模イベントと外国人対応 杏林大学医学部 救急医学 講師 加藤 聡一郎
15:50-15:55	質疑応答 日本医師会救急災害医療対策委員会 委員長 山口 芳裕
15:55-16:00	閉会挨拶 日本医師会 副会長 茂松 茂人

図表 1 日本医師会「大規模イベント医療・救護研修会」プログラム

講義ではまず、「東京オリンピック・パラリンピック大会の経験と教訓」として、加藤聡一郎杏林大学医学部救急医学講師が都市オペレーションセンター（COC）で主催者側として関わった自身の経験を基に、「依頼から1週間という短い準備期間の中で、リスクを収集し、評価・分析して、いかに現場に活用してもらうか」「日常的な医療提供体制をどのように維持していくか」が大きな課題になったと振り返り、「この経験を今後に生かしていきたい」と述べた。

「2025年大阪・関西万博における医療救護対策」では、溝端康光 2025年日本国際博覧会協会医療救護協議会議長が会場へのアクセスが限られるといった課題がある中で、万博開催中の救護・診察・搬送体制や多数傷病者対応をどのように行っていくかを説明。開会式当日には日本外科学会のTSAT（Trauma Surgical Assistant Team）派遣を調整中であることを明らかにするとともに、地域の救急・災害医療体制についても強化する必要があるとの考えを示した。

「大規模イベントの医療体制」については、宮国泰彦市立青梅総合医療センター救命救急センター長が、大規模イベントを行う際にはどうしてもその地域の医療全体への負担が増すことになるため、そのことを踏まえた準備を進めることが大事になると指摘。具体的な対応策として、「地域の医療機関との連携の確保」「会場内の医療・救護体制の充実」等が求められるとした。

「マスギャザリング医療（総論）」については、山口委員長が「大規模イベントを行う際のリスクは、イベントの特性や環境因子によって変わってくるため、まずはイベントのリスクを評価し、そのリスクに対応するために必要な人材を集めることが求められる」とした他、大きなイベントになればなるほど、会場内ばかりでなく、最寄り駅から会場までのラストマイルの対応が重要になると強調した。

続いて行われた二つの実習では、井上孝隆埼玉医科大学国際医療センター救命救急科教授がC B R N Eテロへの対応として、汚染物質に可能な限り触れないようにする脱衣の仕方や10秒拭き取った後に10秒こするといった除染の仕方「10:10アプローチ」を、加藤杏林大講師が銃創や爆傷による出血は死に至る確率が高いとして、ターニケットの使用手順や装着時・装着中に気をつけたい合併症などを、実演を交えてそれぞれ解説した。

「大規模イベントと感染症」については、井上埼玉医大教授が国際イベント開催時の感染症リスクとして「開催地の既存するリスク」「持ち込まれる・持ち出されるリスク」「テロリズムによるリスク」の三つが考えられると説明。イベント開催の際には開催地の感染状況を把握し、医療体制の確保が難しい場合はイベントの中止も考えるべきとの考えを示した。

「大規模イベントと外国人対応」については、加藤杏林大講師が大規模イベントの開催によって、外国人対応に慣れていない医療機関においてもその対応を求められる可能性があるが、予め準備ができる対応であると強調。その対策として、厚生労働省研究班作成のマニュアルや日本医師会のホームページに掲載されている情報の活用などを呼び掛けた。

質疑の後、総括を行った茂松茂人副会長は、大規模イベントの開催に当たって事前の段階からの積極的な関わりを参加者に呼び掛けるとともに、当日に配布した『改訂第二版大規模イベント医療・救護ガイドブック』の活用を求め、研修会は終了した。

2. 2025年日本国際博覧会「大阪・関西万博」における医療体制

鍼方 安行（大阪府医師会理事）

2025年日本国際博覧会 「大阪・関西万博」

- 1 事前準備
- 2 会期中の様子
- 3 大阪府医師会の取り組み、事務局の作業・対応における留意点
- 4 今後のマスギャザリングイベント等に関する課題意識

【開催期間】 令和7年4月13日～10月13日（計184日間）

【来場者数】 来場者数 2,902万人（AD証¹入場者除き：2,558万人）

通期（4/13～10/13）の1日平均来場者数：15.8万人

（AD証入場者除き：13.9万人）

累計来場者数は、100万人（4/23）、500万人（5/26）、1,000万人（6/29）、1,500万人（8/6）、2,000万人（9/5）、2,500万人（9/27）を達成。また、9月10日以降、来場者数は連続34日間で20万人を超えた。

1 事前準備

大阪国際万博は、国際博覧会としては20年ぶり（前回は愛・地球博）に開催された国際博覧会で、運営組織は事業主体として設立された公益社団法人2025年日本国際博覧会協会である。医療救護体制の構築にあたっては、医療救護協議会という会議体を立ち上げ、下記のようなスキームを決定、準備をすすめることとなった。

- ・ CSCA コマンド系統図
- ・ 診療所・救護所の配置と担当職種
- ・ 要員の募集方法

会議は計5回開催。大阪府医師会からは加納康至会長が構成員として参画した。

¹ 博覧会関係者のうち、長期間入場する関係者に対して交付される関係者入場証

一方で（実際には）、全体の枠組みは一部のメンバー（大阪公立大学、大阪大学等）によって組み立てられたため、直前まで医師会の関与の仕方が明確でなかった。

2 会期中の様子



図表 2 医療救護体制²

職種	概要	応援機関				
医師	管理医師 (3名/開設期間)	・博覧会協会が会場内に3か所の診療所を開設し、各診療所に管理医師1名を配置（医療法第10条）	・2025年日本国際博覧会 医療救護協議会構成員 * 議長・副議長・分科会長			
	統括医療責任者 (2名/日)	・危機管理センターにおいて、会場内診療所から会場外医療機関への転院搬送時の病院選定を行うほか、非常時には、医療活動を統括し、危機管理センター長を補助 * 救急科専門医およびDMAT隊員資格	・大阪府内災害拠点病院 * 救命センター長及び救命センター長が指名する者			
	診療医師 (6名/日)	・各診療所で医療行為を行う医師 * 西ゲート診療所は、救急科専門医1名および他科診療医1名を配置 * 東ゲート診療所およびリング北診療所は、早番のみ、原則、診療医1名を配置	西ゲート診療所	東ゲート診療所	リング北診療所	応急手当所
看護師	看護師 (22名/日)	・各診療所または応急手当所（医師の配置なし）において勤務	・大阪府内災害拠点病院 * 各勤務帯3名 ・博覧会協会専従看護師 * 各勤務帯1名	・大阪府病院協会、大阪府私立病院協会 * 月～土曜日（各施設1名） ・大阪府医師会 * 日曜日・祝日（各施設2名） ・博覧会協会専従看護師 * 早番2名	・博覧会協会専従看護師 * 早番2名	・博覧会協会専従看護師 * 各勤務帯1名

図表 3 医療スタッフ²

² 第5回 2025年日本国際博覧会 医療救護協議会資料より抜粋

	実施計画	結果
患者の発生	過去博の実績を踏まえ、来場者の 0.1%程度（1日 150 名、軽症者割合 97%）の患者数の発生を想定。多客日等は、体制強化も含め適切に対応。	傷病者数 24,366 人 1日平均 132 人（来場者 1,190 人に 1 人の割合で傷病発生）
医療救護施設の整備	施設数は過去博と同等（8 か所）とし、多数の患者にも対応ができるよう、スペースに十分な余裕をもたせた施設を整備する。	図表 2 参照
熱中症への対応	熱中症に対しては、重症化前に適切な対応をとることが効果的であるため、会場内 8 か所の医療救護施設で対応できる体制を構築。うち診療所 3 か所は、医師を配置し、脱水症状等を認める患者に対して点滴等を行える体制とする。	熱中症様の症状を訴える人の増加に伴い、休憩所を追加設定。熱中症疑いと医師の診断を受けた方は 732 名、うち場外搬送は 88 名。
患者の場外搬送の円滑化	・大阪市消防局の協力のもと、会場内に救急車を配置。配置台数や場所は、時期や大阪市内の救急医療の逼迫状況により適宜対応。 ・ドクターヘリを中心とした、関係機関ヘリコプターによる搬送体制を整備。 ・非常時に備え、船舶による搬送体制を整える。	場外搬送 673 件 1日平均 3.7 件 救護隊、軽 EV 救急車により迅速な対応を実現。
多数傷病者発生時の対応	不慮の事故、事件、自然災害により、多数傷病者が発生する場合に備え、協会警備隊や消防、大阪府・市等の関係機関と適切に連携できるよう、対応要領を定める。	
会場内で提供する医療の範囲	・症状の悪化防止・軽減を目的に傷病者への応急措置等を行う。 ・心肺停止事案に対し、除細動を含めた適切な心肺蘇生を実施。	医師の診察は 13%。傷病者の 6 割が安静のみ（水分補給等）で退所。AED による蘇生は 4 名。

図表 4 参考文献等より筆者作成

3 大阪府医師会の取り組み、事務局の作業・対応における留意点

- ・令和 6 年 7 月 31 日付 大阪府健康医療部より医療救護体制への協力依頼
- ・令和 6 年 11 月 8 日付 2025 年日本国際博覧会協会より医療救護体制（会場内診療所への医師派遣）への協力依頼

○主な取り組み

- ・多数傷病者対応研修（博覧会協会主催）に府医役員が参加
- ・CBRNE 研修会（R7.2.19）開催

講演：「なぜ今 CBRNE か？ ～警戒対象とその対策～」

講師：山口 芳裕先生

日本医師会 救急災害医療対策委員会 委員長/杏林大学 医学部

主任教授・高度救命 救急センター長

対象：大阪府医師会救急・災害医療部委員会委員

- ・日医主催「大規模イベント医療・救護研修会」（R7.2.24）WEB 開催

対象：府医会員

プログラム中「2025 年大阪・関西万博における医療救護対策」は、溝端 康光先生
2025 年日本国際博覧会協会医療救護協議会議長 /大阪公立大学大学院医学研究科
救急医学教授に講演を依頼

○会場内診療所への医師派遣調整（主に事務局で対応）

会場内の 2 診療所（東ゲート診療所、リング北診療所）の日・祝日（37 日）を担当、
各診療所に医師 2 名ずつ配置、計 148 名を派遣

（平日の派遣調整は、大阪府病院協会及び大阪府私立病院協会が担当）

1) 出務医決定まで

- ・診療所の医師を対象に意向調査を実施。手上げ制により募集

希望者 141 名（府医役員含む）

- ・出務日の割り振り（事前に出務不可日を調査）

2) AD 証登録や出務に必要な書類作成の依頼等、電子メールで連絡

3) 出務医師向け研修会（R7.4.10）開催（府医主催）

- ・多数傷病者対応研修を実施

- ・出務マニュアル作成、配布

会場内の地図、診療所までの行き方、一日のスケジュール、診療の範囲、持参物、基礎研修の案内、緊急連絡先の掲載

- ・「大規模イベント医療・救護ガイドブック」改定第2版 配布
- ・府医ホームページ上に本研修会の録画動画や資料をアップ

4) AD 証や関係資料の送付（出務日までに届ける）

5) 出務前の確認連絡（電話やメールでお知らせ）

6) 出務後に意見や感想、要望等を受付。内容により博覧会協会に情報共有

7) 感謝状の送付

○課題と対応

- ・手続き関係（登録、書類提出）はすべて電子媒体であった為、フォローが必要であった。特に AD 証登録は、身分証や顔写真登録が必須であり、不可能を理由に辞退された先生もおられた。
- ・出務日の割り振りは、医師の年齢と出務時期、及び診療科目が重複しないよう注意を払った。（熱中症等を鑑み、6月頃までは高齢の医師、7～8月は若い医師を配置）
- ・緊急連絡先の徹底（出務日の3日前、前日、当日の連絡先、電話番号を案内）
急な予定や、体調不良、電車の遅延等に対応。
- ・府医役員によるサポート体制（各日2名ずつ）
前日または当日、予定の医師が出務できなくなった際に、府医役員が出務。（予め当番日を決め当日待機）
- ・万が一の医療事故や訴訟に対して、対応を明確にしておく。

4 今後のマスギャザリングイベント等に関する課題意識

海外賓客は、国家元首・首脳級が79か国・2国際機関の計91名、国内は、皇族をはじめ内閣総理大臣、政務官、国会議員、等多数来訪。協会儀典が接遇を行った国内賓客数は672

名。幸い期間中に要人にかかる特筆すべき事象は発生しなかったが、この規模の国際博覧会では常に要人非常時の搬送先確保の問題が課題となる。

感染症に関して、幸い、1件の麻疹発生のみが観察されたが、期間中の会場内サーベイランス（県警従事者の健康管理情報、診療概要サーベイランスなど）の重要性があらためて確認された。

暑熱対策は、会場内の設備（各パビリオン含む）の充実、来場者向けの情報発信等、会場全体で対策を講じた。また、来場者の増加および気温上昇に伴い、休憩所・救護所の増設や臨時運用、看護師の増員、救護隊の強化等、会期中の課題に対し柔軟かつスピーディな対応が必要。

参考資料：

- ・医療救護対策実施計画（公益社団法人2025年日本国際博覧会協会）

https://www.expo2025.or.jp/wp/wp-content/uploads/iryoukyugo_1st.pdf

- ・大阪・関西万博 執務マニュアル（大阪府医師会）

<https://www.osaka.med.or.jp/img/doctor/kensyu-20250410.pptx?ver=W0LjAg3N>

- ・2025年12月24日（水）臨時理事会 会議資料（公益社団法人2025年日本国際博覧会協会）

https://www.expo2025.or.jp/wp/wp-content/uploads/20251224_rijikaisiryou.pdf

3. 東京都において開催された大規模イベントの医療体制

宮崎 国久（東京都医師会理事）

東京都において2025年度に開催された大規模イベント

- (1) 東京 2025 世界陸上(2025.9.13-21)
- (2) 第25回夏季デフリンピック競技大会 東京 2025(2025.11.15-26)
- (3) 東京マラソン 2026(2026.3.1)

上記(1)～(3)のイベントの運営主体と東京都医師会の関わり

(1) 東京 2025 世界陸上

公益財団法人日本陸上競技連盟が設立した「公益財団法人東京2025世界陸上財団」が運営主体となり、医療体制を構築しスタッフも集めた。世界陸上財団は各会場への医務室の設置、大会指定病院の確保、周辺医療機関への受入依頼など、万全の医療体制を図るとともに、都内各救急告示医療機関に対し、万一、当該医療機関において、受入が困難な場合の収容について依頼し、東京都医師会は地区医師会へ周知した。

また、東京都医師会は、世界陸上財団へ感染対策について質問した。

(2) 第25回夏季デフリンピック競技大会

公益財団法人東京都スポーツ文化事業団内に「デフリンピック準備運営本部」、また一般財団法人全日本ろうあ連盟内に「デフリンピック運営委員会」をそれぞれ設置し大会を運営した。東京都スポーツ文化事業団は競技会場への救護所を設置するとともに、都内各救急告示医療機関に対し、救急搬送が必要な傷病者が発生した場合の協力について依頼し、東京都医師会は地区医師会へ周知した。

また、東京都医師会は、東京都スポーツ文化事業団へ感染対策について質問した。大会期間中、東京都医師会は東京都スポーツ文化事業団の要請に基づき、開会式及び閉会式の両日、会場内救護所へ医師、看護師を派遣した。

(3) 東京マラソン

東京都、公益財団法人日本陸上競技連盟が設立した「東京マラソン財団」が運営主体となり、医療体制を構築し、毎年開催している。東京都医師会は財団の理事に就任し、また財団の医療救護委員会にも委員として参画している。大会の開催に当たっては、スタート、フィニッシュ及びコース上に医師常勤の救護所及び医務室を 20 か所、モバイル隊・BLS 隊・BLS サポート隊が AED をもって巡回や待機、メディカルランナーがコース上を一定間隔で走行、フィニッシュエリアの更衣エリア（施設内）にもリカバリーステーションとして医師常駐や救護スタッフを配置など、参加者の安全に最大限配慮した救護体制を構築した。また、救急搬送が必要な傷病者が発生した場合、あるいは予期せぬ多数の傷病者が発生した場合に備え、コース近隣の「休日・全夜間診療事業実施医療機関」へ、協力を依頼した。

東京都医師会からも、左記医療機関へ依頼するとともに、地区医師会へ周知した。大会当日、東京都医師会は、東京マラソン財団の要請に基づき、4 か所の救護所への医師、看護師、救急救命士の派遣を行った。また救護指示センターにおいて全体の医療統括を行った。今年心臓呼吸停止 1 名で、胸骨圧迫後 AED により心拍再開し救急搬送された。

以下、全体としてのまとめ。

1. 事前調整・計画段階での関与ポイント

① 行政・主催者との早期連携

医師会はイベント主催者・自治体・消防と早期に協議し、医療救護体制の考え方、医師会としての関与範囲（調整・推薦・助言・現地対応の有無）を明確にする必要がある。

実際、東京都医師会では救急・災害委員会を中心に、行政と平時からの連携を前提とした議論が行われている。

② イベント特性に応じたリスク評価

次の観点で医療リスクの見立てを行う。

- ◆ 参加者数・年齢層（高齢者、障害者、外国人等）
- ◆ 屋内/屋外、季節（熱中症、感染リスク）
- ◆ アルコール提供の有無
- ◆ 長時間滞留・移動導線の複雑さ

2. 医療救護体制に関するポイント

③ 医療救護所・医療スタッフ体制

医師会は以下の観点で関与することが多い。

- ◆ 協力医療機関・医師の推薦・調整
- ◆ 救護所に配置する医療職種（医師、看護師、救急救命士等）の考え方提示

東京都の「大規模イベントにおける医療救護計画策定ガイドライン」に沿って計画を立てるようにアドバイスする。

④ 通常救急医療体制への影響評価

大規模イベント時には、周囲医療機関の外来・救急負荷増加、救急搬送の集中、が起こる。医師会としては、イベント対応が地域の通常救急医療を圧迫しないかを行政・消防と共有し、必要に応じて注意喚起を行う。

3. 当日対応・危機管理上の注意点

⑤ 情報連携・指揮系統の明確化

医療救護所、消防、後方医療機関の連絡系統の一本化は重要である。災害医療・イベント医療の議論では「誰が判断し、どこにエスカレーションするか」を事前に決めておく必要性を繰り返し指摘している。

⑥ 多数傷病者・想定外事象への備え

転倒事故、群衆事故、急病の多発など、小規模な多数傷病者事案への備えが必要である。テロ・自然災害等の可能性も「ゼロではない」前提での最低限の備えが必要であり、普段より、災害医療研修やJMAT研修で議論している。

4. 医師会としての「立場上の注意点」

⑦ 責任範囲の整理

医師会は「主催者」ではないため、医療行為の責任主体、指揮命令系統、事故時の対応範囲を、文書等で明確にしておくことが重要である。

⑧ 会員医師への配慮

動員・協力が求められる場合でも、強制とならないこと、診療所・病院の通常業務への影響を配慮することが必要であり、医師会内部調整の重要ポイントになる。