

救急災害医療対策委員会
報 告 書

平成28年3月

日 本 医 師 会
救急災害医療対策委員会

平成28年3月

日本医師会長

横倉義武 殿

救急災害医療対策委員会

委員長 有賀 徹

本委員会は、平成26年10月24日開催の第1回委員会において、貴職から、「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」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 有賀 徹（昭和大学医師会長／昭和大学病院長）
- 副委員長 小池 哲雄（新潟県医師会副会長）
- 委員 秋富 慎司（防衛医科大学校救急部講師）
- 〃 猪口 正孝（東京都医師会副会長）
- 〃 大木 實（福岡県医師会常任理事）
- 〃 鋤方 安行（大阪府医師会理事）
- 〃 郡山 一明（救急振興財団救急救命九州研修所教授）
- 〃 坂本 哲也（帝京大学医学部主任教授・救命救急センター長）
- 〃 佐藤 慎一（兵庫県医師会常任理事）
- 〃 鈴木 明文（秋田県医師会常任理事）
- 〃 城 義政（愛知県医師会理事）
- 〃 田名 毅（沖縄県医師会理事）
- 〃 永田 高志（九州大学大学院特任助教）
- 〃 野口 宏（愛知県救急医療情報センター顧問）
- 〃 野並 誠二（高知県医師会常任理事）
- 〃 松山 正春（岡山県医師会理事）
- 〃 村上美也子（富山県医師会副会長）
- 〃 目黒 順一（北海道医師会常任理事）
- 〃 山口 芳裕（杏林大学医学部主任教授・高度救命救急センター長）
- 〃 行岡 哲男（日本救急医学会代表理事）

目次

はじめに.....	3
I 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～.....	4
1. 「メディカルコントロール」の概念、日本語呼称について.....	4
2. 地域包括ケアシステムにおける救急医療のあり方.....	5
3. 地域包括ケアシステムにおける救急医療の各課題.....	8
4. 救急救命士、救急搬送の今後の課題.....	13
5. 保育所、幼稚園、学校における救急蘇生法.....	16
6. 「医療統括体制」の将来の目標.....	16
II 指定公共機関としての日本医師会のあり方.....	18
1. 日本医師会の「指定公共機関」の指定.....	18
2. 「被災者健康支援連絡協議会」代表としての中央防災会議の委員就任.....	20
3. 今期の主な本委員会活動（災害医療対策関係）.....	24
4. 今後の災害対策について.....	24
5. 東日本大震災被災地へのJMAT II派遣について.....	29
おわりに.....	31

参考資料

2015年度「災害医療に関する調査」結果概要

「記録的大雨による鬼怒川の堤防決壊での活動」のヒアリング概要

はじめに

今期の本委員会は、2つの諮問事項について検討を行った。日本医師会は、本報告書を参考として、会務の遂行に当たられたい。

まず、「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～」では、地域包括ケアシステムにおける救急搬送・救急医療のあり方や役割を議論し、「救急搬送体制に限らず、救急医療やその後の医療、地域連携や地域包括ケアシステムにおける、安全で適切な医療や介護の提供のための医師の統括体制で、医療に携わるあらゆる職種を対象とする」という広義の「メディカルコントロール」を、今後の医療・介護体制の重要な要素として考えていくべきであるとし、メディカルコントロール体制の日本語呼称として「医療統括体制」を提案した。

地域医療構想等により機能分化が進められているが、高齢者等の日常的な生活を支える「水平連携」に対し、救急医療の必要性に応じる「垂直連携」はその一翼を担う。つまり、高齢者の救急医療は地域包括ケアシステムに含まれる救急医療であり、「医療統括体制」としての救急医療であると位置づけた。そこでは、地域医師会のイニシアティブの下、かかりつけ医ないしコンダクターとしてだけではなく、地域の限りある医療資源を効果的に配分できる「専門性」を具備した医師が、「医療統括体制」を担うことになる。また、地域密着型と呼ばれる中小病院の存在は極めて大きい。さらに、病院救急車を活用した地域高齢者搬送システムの紹介（東京都）をはじめ、超高齢社会と救急蘇生、救急救命士・救急搬送の今後の課題、保育所・幼稚園・学校における救急蘇生法、及び医療統括体制の将来の目標（地域包括ケアシステムと災害対策）などの各論についても述べた。

諮問事項「2. 指定公共機関としての日本医師会のあり方」では、日本医師会が災害対策基本法上の「指定公共機関」として担うべき責務について、被災者健康支援連絡協議会の代表としての中央防災会議委員就任も踏まえて議論を行った。南海トラフ大震災等を見据え、都道府県医師会と連携しながら、JMATの充実を図るとともに、国や地方の災害対策行政における医療の位置づけを高めていくことが必要である。茨城県医師会等からのヒアリング（2015年台風18号被害）を行い、また「大規模震災対策、集団災害対策」における医療関係チーム間の連携について述べた。東日本大震災におけるJMATⅡの活動終了の提案も行った。

I 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～

1. 「メディカルコントロール」の概念、日本語呼称について

「メディカルコントロール」(Medical control)は、2000年に取りまとめられた厚生省「病院前救護体制のあり方に関する検討会報告書」で、「(救急現場から医療機関へ搬送されるまでの間において)救急救命士等が医行為を実施する場合、当該医行為を医師が指示又は指導・助言及び検証してそれらの医行為の質を保障することを意味するものである。」としている。

さらに、消防庁「救急業務高度化推進委員会」報告書(2001年)においては、「プレホスピタル・ケア(傷病者搬送途上における応急処置等)におけるメディカルコントロール」と「プレホスピタル・ケア」を付した上で、同様の説明をしている。

しかし、もともと医療は、医師の監督の下に医療職が一体となって医療機関内で行われてきた。これを前提とすると、「メディカルコントロール」という用語こそ使われてこなかったが、暗黙知として、医療機関内で行われる看護師等の行為についても、潜在的にそのような概念があったといえることができる。救急救命士制度において「メディカルコントロール」が使用されることとなったのは、プレホスピタル・ケアの現場において、つまり、医師がその場にはいないところで行われる救急救命処置の質の担保のためである。

さらに、現在は、医療・介護関係職種の業務範囲の見直しをはじめ、地域医療構想による機能分化と連携、地域包括ケアシステムの構築、入院医療から在宅医療への移行、介護施設等の整備が進められている状況にある。特に、かつては入院医療の対象であった難病患者、酸素療法、間質性肺炎等の患者も在宅に移行している。そのような、言わば「救急搬送・救急医療の準備段階」にある人々への配慮も、医療の質に関わることである。

そこで、本委員会では、あらゆる医療行為の質の保障を行うことが医療界の社会に対する責任であるとの視点から、「メディカルコントロール」の概念を再検討した。

その結果、「メディカルコントロール」には、狭義のものと広義のものがあるとされた。前者は、救急救命士・救急隊員に対する指示等という従来通りの解釈である。

その上で、後者の「広義のメディカルコントロール」は、「救急搬送体制に限らず、救急医療やその後の医療、地域連携や地域包括ケアシステムにおける、安全で適切な医療や介護の提供のための医師の統括体制で、医療に携わるあらゆる職種を対象とする」として捉えた。このことは、今後の医療・介護体制における重要な要素として考えていくべきである。

さらに、そうした概念を表現するため、メディカルコントロール体制の日本語呼称として、「**医療統括体制**」を提案する。医師がコントロールタワーとして役割を果たし、多職種と連携しながら、国民が安心して受けられる医療を提供していくという意味である。

2. 地域包括ケアシステムにおける救急医療のあり方

これまでの地域包括ケアシステムの議論では、在宅医療や介護等が中心となり、救急搬送、救急医療はテーマとして取り上げられることは少なかった。

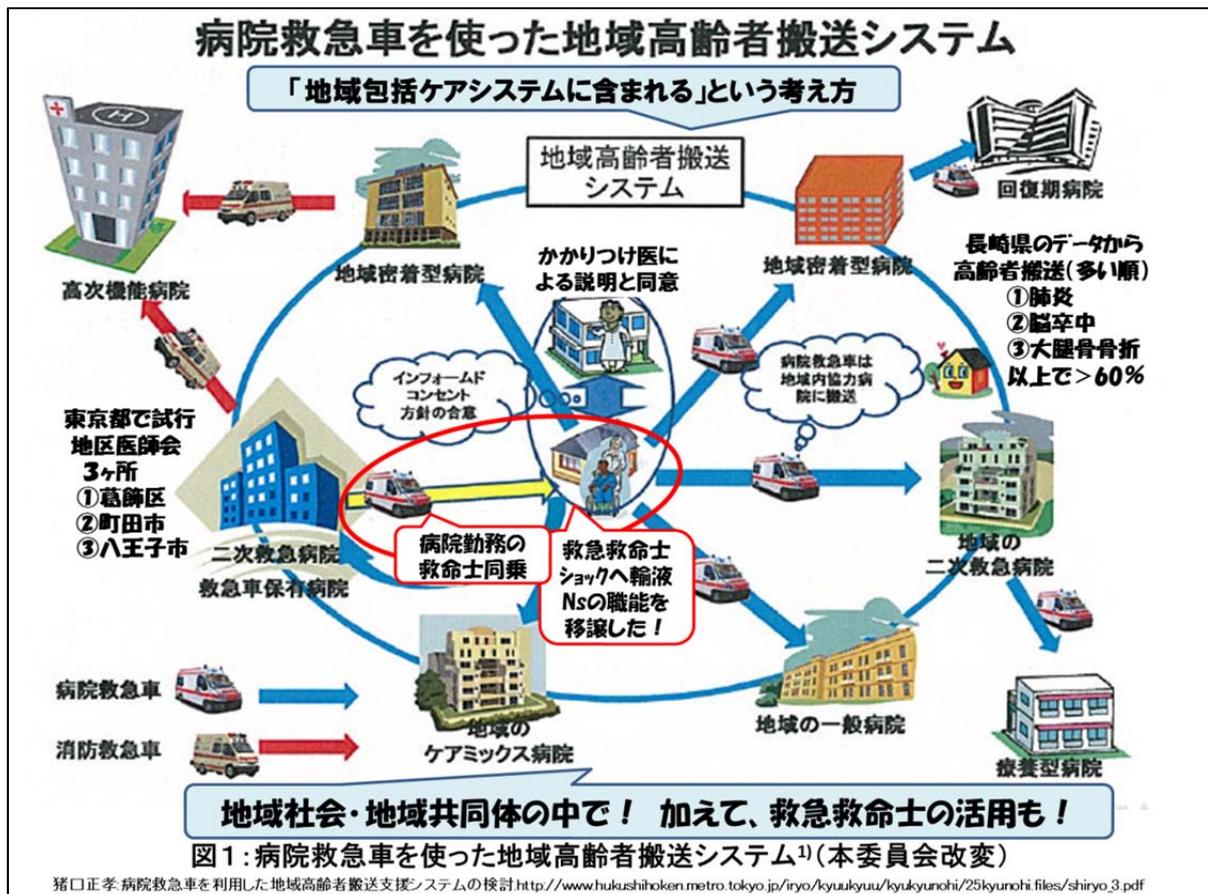
しかし、前記の通り、医療機能分化と連携、入院医療から在宅医療への移行、介護施設等の整備といった状況において、これからは、救急搬送・救急医療も地域包括ケアシステムにおいて重要となってくる。すでに、消防庁「救急業務のあり方に関する検討会」でも2015年に報告書を取りまとめるとともに、現在も地域包括ケアシステムにおける救急搬送・救急医療を議論している段階にある。

地域包括ケアシステムの展開する状況において、高齢者らの日常的な生活をみる連携を「水平連携」とするならば、病院医療の必要が生ずれば、これとの連携については「垂直連携」と称することができる。ここにおいて高齢者の救急医療は、図1（東京都市区医師会による試み：病院救急車を使った地域高齢者搬送システム）に示すような救急医療であることが求められ、それは「水平連携」の一翼を担う「垂直連携」であると表現することができよう。さもないと、図2で示されるように二次医療圏から外へ搬出されてしまう。すなわち、地域社会（生活圏）から外へ出てしまう懸念がある。

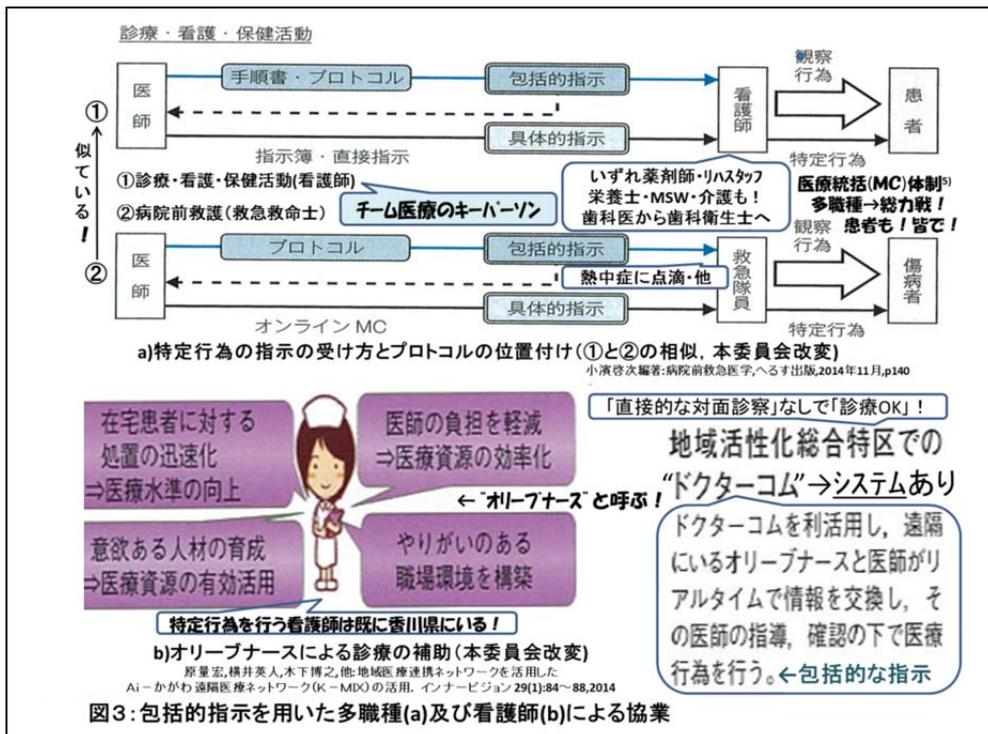
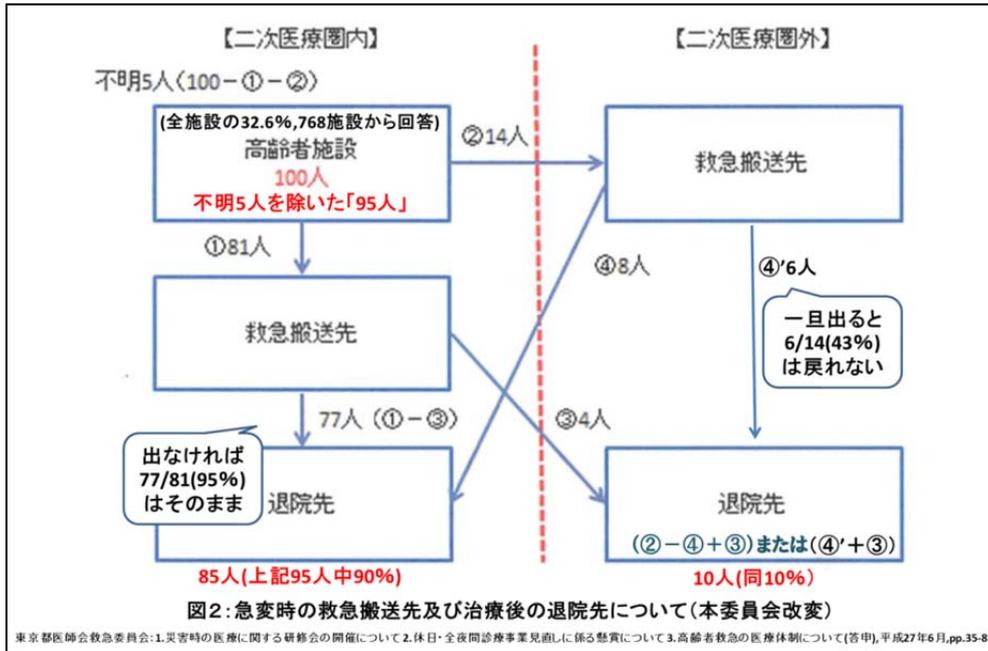
つまり、高齢者の救急医療は地域包括ケアシステムに含まれる救急医療であり、それは救急隊にとってはメディカルコントロール体制の下とされるが、地域において多職種への包括的な指示の下で展開している「医療統括体制」の一環としての救急医療でもある(図3)。

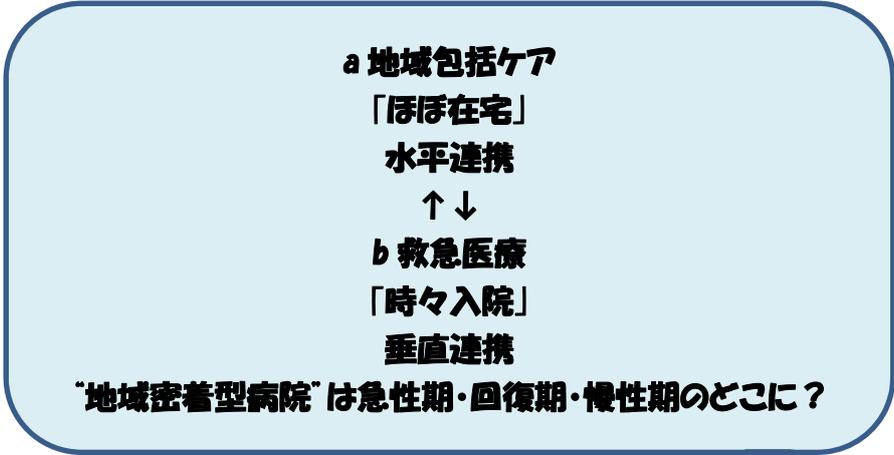
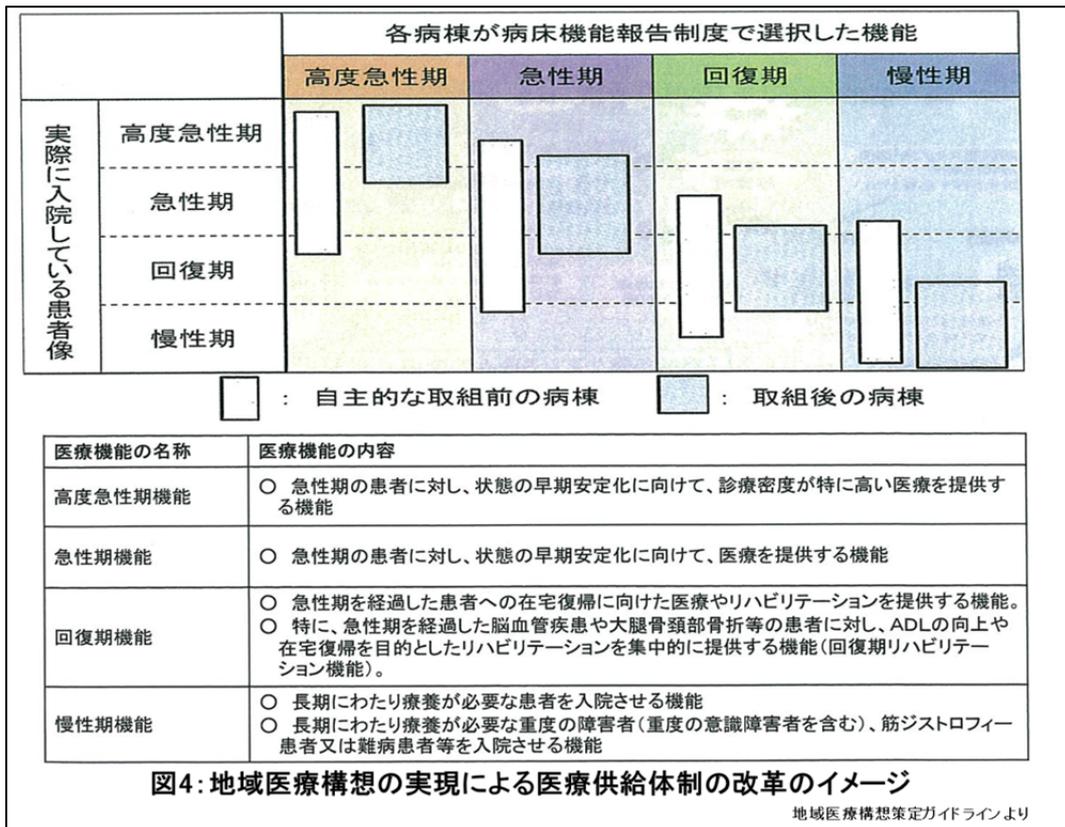
したがって、ここで求められることは、図1で行われる救急医療を可能にする地域コミュニティの再構築であり、そこで機能する「医療統括体制」である。これまでの論考に沿って考えれば、いずれも地域医師会のイニシアティブが大きな役割を果たすことになる。そして、「医療統括体制」の中核的な役割を担う医師は、かかりつけ医ないしコンダクターとしてそのようであるばかりでなく、地域の限りある医療資源を効果的に配分できる「専門性」を具備していなければならない。

地域包括ケアシステムにおいては、「時々入院、ほぼ在宅」という基本的なコンテキストがあり、したがって図1で提案されている仕組みもそれを前提としている。ここにおいて、地域密着型と呼ばれる中小病院の存在は極めて大きい。図4に示される「地域医療構想の実現による医療供給体制の改革」のイメージの中で、地域密着型病院がどのように位置づけられるかについて今後、真摯に議論していく必要がある。



一方、地域密着型である中小病院が二次救急病院も兼ねて多機能に活動し、自治体消防に所属する救急隊と密接に連携している地域もある。しかし、そのような地域でも人的医療資源、特に医師不足という解決困難な問題を抱え、救急事例によっては二次医療圏を超えた連携が行われている。地域包括ケアシステムにおける救急医療の検討に当たり、医療資源が乏しい地域においては周辺地域との連携も視野に入れ、各地域の実情や特性を尊重した「垂直連携」の議論も必要である。





3. 地域包括ケアシステムにおける救急医療の各課題

(1) 救急搬送

地域包括ケアシステムの構築により、入院患者の在宅への移行が進む中で、消防による救急搬送は、セーフティネットとしての役割が期待される。しかし、過去25年間で、救急搬送件数は約2.5倍に増加し、そのうち高齢者の占める割合は2倍となった。他方、救急隊員の増員数の伸びは低い状況である。

消防庁「救急業務のあり方に関する検討会」では、救急隊の出場から帰署までに1

20分以上を要した事案のうち、「在宅独居・施設入所の高齢者」、「精神疾患患者」、「頻回利用者」などを挙げて搬送時間延伸の要因検討を行った。同検討会による個別事案の分析同様、これらの事情は複合的に組み合わさるものである。福祉関係機関も含む様々な関係者が参画した「総力戦」が重要となるが、その際、言わばコントロールタワーが不可欠である。すなわち、地域医師会による「医療統括体制」が必要である。

さらに、その「医療統括体制」に基づき、各地域で、在宅独居や施設入所の高齢者などの搬送に関する具体的なルールを策定し、地域にどのような高齢者がいるかなどの情報を共有していくことが、適切な搬送と搬送時間の短縮につながる。東京都内では、「(2) かかりつけ医を中心とした高齢者救急医療体制と「病院救急車」の活用」の通り、かかりつけ医を中心とし、病院救急車による搬送体制が試みられている地域もある。

＜参考＞（前々期委員会報告書（2012年3月））

2. 超高齢社会における救急搬送・救急医療体制

（1）高齢化と救急搬送に関する将来推計

平成22年以降に急増した救急隊の出動件数、搬送人員数は、高齢者の増大に伴うものと思われる。

搬送人員の構成比では、急病患者の搬送件数が増加しており、その6割弱は高齢者である。高齢化の進展が搬送件数の増加につながることは、人口推計と年齢別の搬送率を基にした消防庁の将来推計にも示されており、平成37年の出動件数は約600万件、搬送人員数は約547万人とされる

また、年齢階層別にみた院外心停止（CPA cardiopulmonary arrest）事案発生率と搬送率は、特に70歳以上で急上昇する。将来推計においても、高齢化に伴い、平成37年には搬送人員数の伸びと比例して約40万人増加するとされている。

なお、平成20、21年の一時的な横ばい、減少の要因として、啓発キャンペーンの奏功や交通外傷の減少だけでは説明がつかない。重症患者も減少したということは、医療費の患者負担増や経済状況などで受診抑制が働いていることが要因とも考えられる。特に高齢者の内因性疾患では、我慢して重症化することもありうる。現に、搬送人員数に占める中等症や重症の割合は、他の世代に比べて大きい。また、地域の高齢者の独居率が高ければ、119番通報がなされない背景といえる。

高齢化の進展や受診抑制による搬送数の停滞が重症化を促し、平成22年以降の出動件数、搬送人員数の急増につながったのではないかという見方も重要である。これが事実であるとするれば、平成23年に50周年を迎えた国民皆保険に基づく、早期発見・早期治療という我が国の医療の長所が失われることになりかねない。

(2) 高齢化と救急医療

高齢者の場合は、特に介護施設からの搬送例が課題である。家族がだれなのかわからない状態の高齢者が急変して救急搬送を要請する事例が増加しつつある。これについては、高齢者には必ずいるはずのかかりつけ医が一時的に診ることが重要と考えられる。

救命救急センターが介護施設等から終末期の高齢患者の搬送を受け入れていることが、現場の医師のやる気を失わせているという問題も指摘されるが、地域の医師会と話し合い、介護施設等から医療機関への搬送希望がある場合には、できるだけ二次救急医療機関や有床診療所が受け入れるようにするべきである。

また、特別養護老人ホームや介護老人保健施設においても、同意書を得て、できるだけそこで看取ることができるようにするべきである。

また、終末期を迎えた高齢患者の心停止事例への対応については、救急搬送・救急医療の領域だけではなく、担当医のD N A R (do not attempt resuscitation) 指示などを含め、医療界全体、さらには国民全体で考えていかななくてはならないテーマである。「施設で看取る」ということについて、地域の文化の中で考え、納得のいく仕組みを作り、それが国全体で共有され、合意形成がなされなければならない。

(2) かかりつけ医を中心とした高齢者救急医療体制と「病院救急車」の活用

高齢者の救急医療体制に関しては、東京都医師会「救急委員会」によって調査検討が行われ、報告書「高齢社会における救急医療体制について」(2013年6月)がまとめられている。救急入院患者について、救急搬送と独歩来院による入院がほぼ同数のため、救急入院を検討する場合は両者を同等にする必要があること、在宅医療中や施設からの救急入院が増加するため慢性期医療との緊密な連携が重要となること、大多数が内因性疾患による救急入院であること、高齢者になるほど住宅への退院率は減少し、入院継続率が高まるため、高齢者の救急入院増加により病床不足問題が顕著となることなどを考察している。その中で、認知症や原疾患の悪化等の医学的問題に加え、経済的事情や身寄りがないなど社会的問題点があることも指摘されている。

さらに、気管挿管や人工呼吸管理等を望んでいないという本人の意思が汲み出されることもなく、救命救急センターに搬送されて処置が行われ、長期入院後は元の介護施設等にも戻れずに、地域外の回復期ないし療養型の医療機関に転院せざるを得ないケースもみられる。元の生活の場から遠ざかっていくことは、地域包括ケアシステムの理念に全くそぐわない。

他方で、実際には相当数の入所者が救急搬送されずに介護施設で看取られていると

しても、救命救急センター側からみると、介護施設で看取られている件数がわからないこともあって、施設からの搬送患者のあることそのものに大きな負担を感じている。

また、国(内閣官房「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」)により、急性期機能病床のうち約20万床を回復期機能病床へ移行させ、全体的に病床を削減する方向性も打ち出されている。しかし、医師にとって、思いやりのある正しい医療を行っていくためには、地域包括ケアシステムの中で、救急医療を担う病床、救急医療を終えた患者の受け皿を担う病床がともに必要である。

以上の課題解決には、地域医師会による「医療統括体制」の下、各地域において、かかりつけ医を中心として、前述の地域密着型病院、救急医療機関、消防機関、医療・介護・福祉行政、介護サービス提供者等の関係者が協議し、連携を深めていく必要がある。東京都八王子市では、「八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会」(八高連)が中心となり、ここで課題となっている患者について、なるべく地域の医療機関が受け入れるようにしている。

また、東京都医師会の呼びかけにより、葛飾区、八王子市、町田市において、医師会と行政が協力して、民間病院が保有する「病院救急車」を活用し、かかりつけ医が指定する病院に搬送する高齢者搬送システムが開始されている。葛飾区では、救急車を保有する病院に限らず、かかりつけ医が指定する病院(区内の全ての病院が受入登録)への搬送が行われるが、それは、とりもなおさず医師会によるシステムであることによる。同システムを発端として、救急隊の負担軽減にも貢献しながら、地域の関係者による包括ケアシステムに必要な連携が強化されていくことが期待される。なお、この財源に現在(平成27年度まで)は、地域医療再生基金が活用されているとのことであるが、行政による財政支援が併せて行われることが、こうした取り組みの全国への普及に必要である。

さらに、救急医においても、意識改革がなされ、「医療統括体制」の下での地域連携や地域包括ケアシステムへの関心と理解を深めていくことが期待される。卒前、卒後における教育において、救急医療と地域連携、地域包括ケアシステムとの関係などを位置づけることも必要である。

(3) 超高齢社会と救急蘇生法

前述の通り、高齢者等について救急搬送要請があった場合には、それが本人の望みに適うかどうかにかかわらず、基本的には心肺蘇生をしながら搬送しなければならない。それをやめるためには、蘇生の可能性や本人の意思の確認方法も含め、現場に出勤する救急救命士や救急隊員をはじめ、関係する全員が納得できる明確なルールづくりが求められる。

本委員会報告書においては、不要不急の救急搬送要請を制御する確実な手立てという観点からも、高齢者の最期に触れざるを得ない。

高齢者施設には、特別養護老人ホームに限らず、公的、民間の多様な類型がある。そうした施設には、医師も関与して「あなたの最期はどういう医療を求めるか」、「どのようになろうとも心臓を動かしてもらいたいのか。それとも痛みだけは取ってもらいたいのか」など、入所者本人にとって終末期についての意思がどのようなかを確認することが求められる。もちろん、そのようなことができる文化をつくっていくことも必要である。

2015年10月に公表されたJRC蘇生ガイドライン2015では、救命の連鎖における「予防」や、倫理的・法的課題が重要視されている。

① 救命の連鎖における「予防」

今までの小児の事故予防、成人の心疾患・脳卒中の早期発見に加えて、熱中症、入浴関連死、窒息などのような、特に高齢者に多く見られる防ぎうる外因死の予防を強化している。

心停止の予防は、心停止や呼吸停止となる可能性のある傷病を未然に防ぐことである。例えば、小児では交通事故、窒息や溺水などによる不慮の事故を防ぐことが重要となり、成人では急性冠症候群や脳卒中発症時の初期症状の気づきが重要であり、それによって心停止に至る前に医療機関で治療を開始することが可能になる。わが国では高齢者の窒息、入浴中の事故、熱中症なども重要な原因であり、これらを予防することも重要である。また、心臓震盪を含む運動中の突然死予防も望まれる。(第1章 一次救命処置 1 はじめに)

② 倫理

倫理的・法的課題について、かなり強く踏み込んでいる。蘇生を希望しない高齢者が、家族や介護施設等によって、救急車を呼ばれた場合にも緩和ケア的な対応ができた、非侵襲的な対応、または集中治療まで行う対応をしたりするなど、倫理規範や法的規範について検討を進めるべきである。もちろん、必要な場合にはより蘇生を奨励するような法的体系等、つまり市民が積極的に蘇生術に参加できる法的側面などへの考察も求められる。倫理的な面と法的な面を分けてそれぞれに深く考察しているので、日本医師会としてもこのような方向をもって進めていきたい。

「・・・生命倫理の原則に照らし合わせると、患者（傷病者）にとって救命処置が無益（futile）な場合、あるいは患者（傷病者）が救命処置を希望しない意思が明確な場合は、処置を開始すべきではない。」（第 8 章普及教育のための方策 6 救命処置に関する倫理と法 1. 救命処置に関する倫理 1) 生命倫理の原則）

また、日本医師会は、「予防」に関する部分を含め、JRC 蘇生ガイドライン 2015 及びこれに基づく改訂後の「救急蘇生法の指針」の普及に努めるべきである。

4. 救急救命士、救急搬送の今後の課題

（1）消防機関に属しない救急救命士の今後、及び業務の場所について

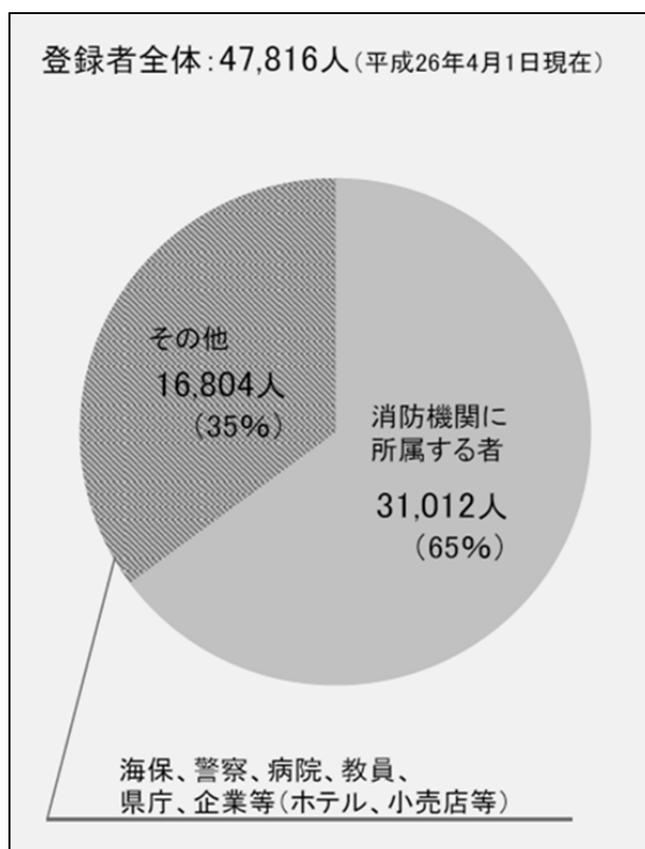
消防機関に所属しない救急救命士が全国で約 17,000 人いると言われ、新規資格取得者も、毎年 2,200～2,500 名のうち 700～1,000 名程度は消防機関に就職できておらず、国家資格であるのに活用することができていない。それをどう活用するのか、質の管理は誰が行うかが課題である。早急に結論を出し、再教育体制を整えなければ質の劣化が起きてくる。メディカルコントロール協議会などの活用が望まれる。

救急救命士の業務場所について現行では、現場及び救急用自動車等の中のみが認められている。過去の本委員会検討では、1) 救急患者を搬送してきた救急救命士による救急医療機関内の処置室等での行為、2) 医療機関に就業している救急救命士による院内での行為について検討してはどうかとの議題提起が行われた。

また、3) 議員連盟により大規模集客施設等に雇用されている救急救命士による行為についても挙げられた。

救急救命士の業務場所の制限を見直す場合には、医師との緊密な連絡体制が確保されなければならない。特に、救急救命士が、その資格をもってテーマパークのような大規模集客施設等に就業することを認めるのならば、そこには消防機関のような医師の指示体制がないことを考慮しなければならない。大規模施設内に開設されている診療所医師や産業医などによるメディカルコントロール（医療統括体制）づくりが考えられる。

いずれにせよ、2) 及び3) の場合は、単に「消防機関に就業していない救急救命士が余っているから活用する」という議論ではなく、純粋なニーズへの応需として、救急救命士の場所の制限を解除した方がよいか、あるいは、現行規定の運用を見直すことで対応できるのかなどについて、消防庁における検討会の議論なども踏まえ、検討していく必要がある。



平成 27 年度救急業務のあり方に関する検討会資料より

※「消防機関に所属する者」については、平成 26 年版「救急・救助の現況」

(2) 救急搬送の有料化について

総務省消防庁「救急需要対策に関する検討会」報告書（2006年3月）の後、2015年5月11日、財務省「財政制度等審議会財政制度分科会」において、救急搬送の有料化の提案が出されたところであるが、仮に実現に向けて動くのであれば、国民的な議論の下で様々な課題について検討される必要がある。

例えば、「軽症」の場合は有料とする考え方に対しては、搬送された後に医師の診断があって初めて分かるものである。また、結果として医学的には「軽症」であったとしても、救急搬送要請をした患者・家族にとっては「重症」と思い込んでいた場合もあり得る。

通報時点のトリアージにより、不急と判断された場合には、#7119（東京消防庁救急相談センター）へ誘導して話を聞き、有料の説明をした上で徴収することは、考えられる。

また、有料化論議の背景には、高齢者を中心とした救急搬送件数の増大が挙げられるが、全ての団塊世代が75歳以上となる「2025年」以降の人口推計（高齢化、人口減少）に基づき、救急搬送件数の将来推計を改めて行い、搬送体制のあり方を検討することが重要である。

(3) 指導救命士について

救急救命士制度の創設から20年以上が経過し、豊富な経験を有するベテランの救急救命士が育ってきている。経験豊富な救急救命士が指導者となることで、救急業務の質の向上と国民の信頼確保につなげることができると考えられており、総務省消防庁では「救急業務のあり方に関する検討会」において救急救命士テキスト作成のためにワーキンググループを設置し、2015年12月に指導救命士の養成に係るテキストを取りまとめている。また、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2回）のシンポジウムでは、指導救命士について討議を行った。

大規模施設などに救急救命士を配置できるようにするためには、メディカルコントロールづくりとともに、一定の技能と経験を有した救急救命士が必要である。その際、「指導救命士」が関与していることも必要であると考えられる。

5. 保育所、幼稚園、学校における救急蘇生法

学校への救急蘇生法講習は、地域の消防機関が行っていると思われる。また、日本臨床救急医学会による取り組みもある（「全ての子供たちが実技を伴う心肺蘇生の教育を受けることができる環境を整えること」を目標とした「学校での心肺蘇生教育の普及に向けての提言」（2012年4月）など）。

ただし、各地域全体での受講状況、普及状況が把握されているか否かは不明である。また、学校の公立、私立の別や、それぞれの地域・学校ごとにその進捗に差が生じることは望ましくない。

学校での救急蘇生法講習の整備主体は行政であるが、これに関しても、地域を包括した医療システムの問題と捉え、「医療統括体制」が必要である。地域医師会は、教育委員会、消防機関と協力して、取り組んでいく必要がある。

また、保育所・幼稚園の関係者に対する普及・推進も重要である。愛知県医師会では、県からの委託事業として、保育士や幼稚園教諭を対象に乳幼児心肺蘇生セミナーを行うとともに、心肺蘇生法練習用のマネキンを供与して、受講後も自分の施設で5人に受講内容を伝達できるように啓発している。地域医師会が保育所・幼稚園へアプローチするに当たっては、個々の施設ではなく、関係団体に協力を求めることが効率的と思われる。

6. 「医療統括体制」の将来の目標

（1）地域包括ケアシステムと災害対策

地域包括ケアシステムでは、災害時の医療対策も対象にして考えるべきである。在宅医療の推進により、高齢の患者・要介護者・障害者など「要援護者」は、地域のコミュニティに多数存在している現状があり、災害時には、外傷や熱傷等を受けなくとも、「災害弱者」として生命のリスクが高いからである。こうした状況は、今後さらに進行していく。

要援護者の多くは、災害前から慢性疾患を抱えているが、災害により医療の継続ができなくなった時に、生命の危険にさらされる。在宅療養患者（在宅酸素等）などの要援護者を早期に把握し、避難させ、避難先での医療や介護の継続をさせなければならない。

さらに、避難所では、疾病の増悪、精神科疾患の悪化、熱中症や感染症の発症などが充分懸念されるため、これらへの未然防止策も講じなければならない。また、仮設住宅等でも健康管理や災害関連死防止策は必要である。

したがって、災害医療対策においても、日常の医療の延長線上における対策という概念が必要である。それは、医師だけではなく、歯科医師、薬剤師、看護師、保健師、リハビリテーション関連職種、栄養士などの多様な関係者によって行われる。

すなわち、ここでも、「医療統括体制」による医師のリーダーシップの下、関係者が協働していく必要がある。特にJMAT参加医師の多くは、平常時では地域のかかりつけ医として経験を積み、地域包括ケアシステムの中核を担う存在である。災害医療における「医療統括体制」では、医師が指示、指導を行うだけではなく、そのレスポンスや様々な関係者から提供された情報を基に、担当地域の災害医療や被災者の健康管理体制づくりを行っていくことになる。

(2) スポーツイベントにおける医療救護

多くのスポーツイベントにおける医療救護活動は、医師を中心とする医療救護班によって行われている。しかし、医学的根拠を十分にもたない職種の指導者によって行われていることも事実である。

米国では、公認アスレティックトレーナー (Certified Athletic Trainer もしくは A.T.C) はメディカルコントロールの下で、様々なスポーツの指導に加え、受傷時の応急処置や傷害の管理、傷害の評価を行っている。

(3) 事態対処医療における救急措置のあり方

近年の増加するテロ・凶悪犯罪を受けて、我が国でも法執行機関による「銃下の医療 (テロ発生下の医療)」の必要性が認識され、事態対処医療 (Tactical Medicine) という分野が認知されつつある。危険を伴う現場に医療従事者が対応することは安全上不可能であり、現実としては法執行機関員自らによる医療救護活動の実施が必要である。しかし、医療を専門としない法執行機関関係者のみでは、質の高い医療救護活動を保証することは困難である。したがって、同分野においても「医療統括体制」の構築が必須である。

II 指定公共機関としての日本医師会のあり方

今般、日本医師会は「指定公共機関」の指定を受け、横倉義武日本医師会長（以下、横倉会長）が中央防災会議の委員に就任した。

公的な責務を担うこととなった日本医師会に求められるものは、災害への備え、応急時対応、そして復興支援である。災害への備えには、これまで行ってきた「衛星利用実証実験」（防災訓練）や生涯教育と関連づけた災害医療研修に加え、訪日外国人の急増や東京オリンピック・パラリンピックも見据えた集団災害対策が挙げられる。それらの充実は、応急時対応であるJMAT活動の強化にもつながる。

1. 日本医師会の「指定公共機関」の指定

2014年8月、日本医師会は、災害対策基本法上の「指定公共機関」の指定を受けた。

「指定公共機関」とは、防災予防・応急・復旧等において重要な役割を果たす機関として内閣総理大臣より指定されるものであり、日本赤十字社、日本放送協会等の公的機関や電気、ガス、輸送などの公益的事業を含む法人が指定される。中央防災会議等からの協力要請や指示への対応、防災業務計画の作成、災害への体制づくりなど災害予防策の実施、防災訓練の実施、災害発生時の応急対策や復旧活動などの義務を負う。

災害医療対策は、災害の初期段階（超急性期）だけでなく、事前の準備（Disaster Preparedness：体制づくり、研修・生涯教育等）、発生直後でDMATの到着前、急性期以降、被災地の復興までの各段階も重要である。

そのため、過去の本委員会での検討においても、国の災害対策行政の中に、医療を代表する団体が参画していくことが必要であるとして、長期にわたり日本医師会の指定公共機関の指定、並びに中央防災会議の委員就任を求めてきた。

今般の指定は、被災者健康支援協議会を束ねる立場として、東日本大震災におけるJMAT（日本医師会災害医療チーム）の活動が高く評価されたことによる。JMATは、東日本大震災の1年前に、本委員会が取りまとめた報告書に基づくものである。

それは、医師会の三層構造（日本医師会、都道府県医師会、郡市区医師会）の下、日本医師会からの要請により被災地外の都道府県医師会が編成した医療チームを、被災地の医師会との調整に基づき派遣する仕組みである。したがって、JMATの派遣調整に当たっては、被災地内外の都道府県医師会との密接な連絡体制や、国行政等の関係機関との連携（情報共有など）が必要となる。

指定に先駆け、同年4月に施行された「公益社団法人 日本医師会 防災業務計画」においても、「都道府県医師会との緊密な連絡調整のもと、国等の災害対応関係諸機関と相互に連携を図り、災害対策に努める」旨を基本方針としている。

また、防災業務計画の別添「JMAT要綱」の内容（JMATの基本方針、日本医師会・都道府県医師会・郡市区医師会の役割等）は、本委員会における検討を基礎としている。

JMAT要綱「基本方針」

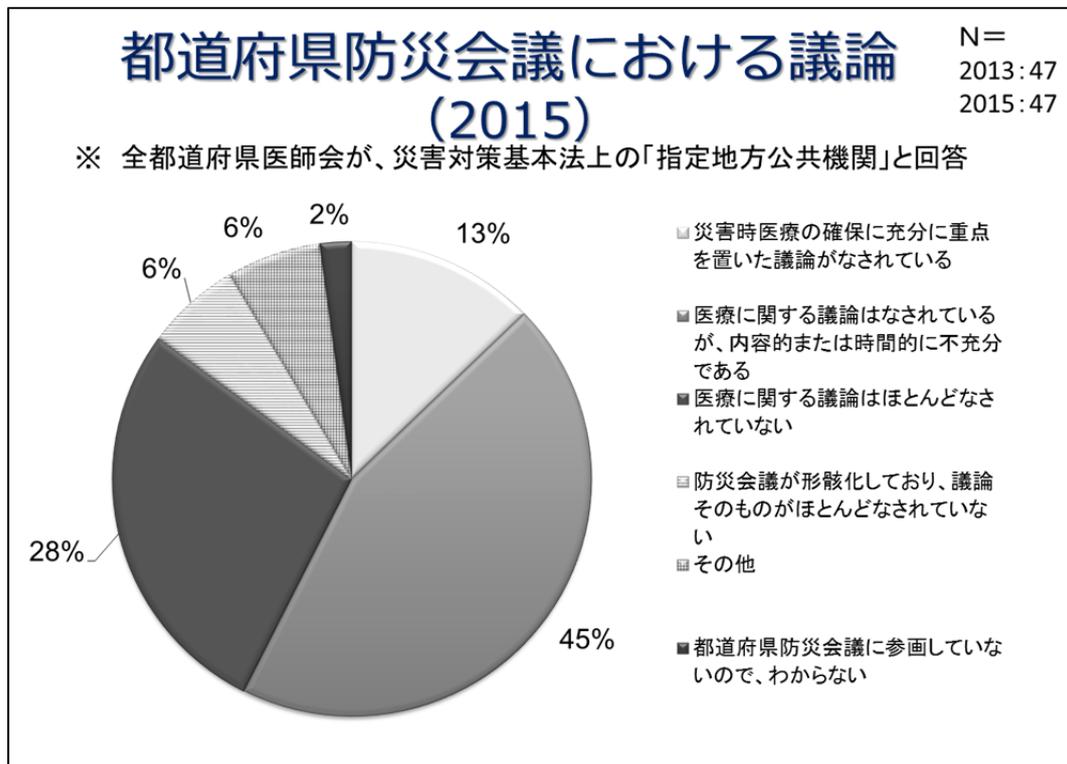
1. プロフェッショナル・オートノミーに基づく参加
2. 災害時医療救護協定の締結（医師会間、医師会・行政等間）
3. 自己完結による派遣
4. 被災地の都道府県医師会からの要請に基づく派遣
5. 被災地のコーディネイト機能下での活動
6. 災害収束後の被災地の医療機関（被災地の都道府県医師会による支援活動を含む）への円滑な引き継ぎと撤収
7. 長期支援が必要な地域への配慮

日本医師会は、今後、南海トラフ巨大地震や首都直下型地震、東京オリンピック・パラリンピック等を見据え、都道府県医師会と連携しながら、JMAT、JMATII（後述）の充実を図っていく必要がある。

さらに、日本医師会として、今回の指定を契機として、国や地方の災害対策行政における医療の位置づけを高めていくことが重要である。

本委員会に組織された「災害医療小委員会」が2015年に実施した「災害医療に関する調査」（都道府県医師会対象）では、都道府県防災会議における災害医療に関する検討状況を質問した。それによれば、「災害時医療の確保に十分に重点をおいた

議論がなされている」が13%、「議論はなされているが、内容的または時間的に不
 充分」が45%であった。それぞれ32%、60%であった2年前の2013年調査
 に比べ、行政の災害医療に対する意識の低下が懸念される。



2. 「被災者健康支援連絡協議会」代表としての中央防災会議の委員就任

2015年6月、横倉会長が、災害対策基本法上の中央防災会議の委員に就任した。
 委員の選任理由について、内閣府ホームページでは、「東日本大震災を契機として
 災害医療の重要性が改めて認識されたので、中央防災会議で災害医療に係る議論・検
 討をより一層深めるため、委員として医療関係者を任命する必要がある」としている。

そのため、政令を改正して、中央防災会議の委員定数を1名増員した上で、横倉会
 長が選任された。

中央防災会議は、内閣総理大臣を会長とし、各大臣、日本銀行総裁、日本赤十字社
 社長、日本放送協会会長、日本電信電話株式会社社長や数名の有識者の各委員によっ
 て構成され(表1)、その役割は、防災基本計画を作成しその実施を推進すること、内
 閣総理大臣や防災担当大臣の諮問に応じて防災に関する重要事項を審議し意見を述
 べることなどである。

表 1 中央防災会議委員

平成 28 年 1 月 28 日現在

会 長

内閣総理大臣 安 倍 晋 三

委 員

国家公安委員会委員長、内閣府特命担当大臣（消費者及び食品安全、規制改革、防災）

河 野 太 郎

副総理、財務大臣、内閣府特命担当大臣（金融・デフレ脱却） 麻 生 太 郎

総務大臣 高 市 早 苗

法務大臣 岩 城 光 英

外務大臣 岸 田 文 雄

文部科学大臣 馳 浩

厚生労働大臣 塩 崎 恭 久

農林水産大臣 森 山 裕

経済産業大臣、内閣府特命担当大臣（原子力損害賠償・廃炉等支援機構） 林 幹 雄

国土交通大臣 石 井 啓 一

環境大臣 内閣府特命担当大臣（原子力防災） 丸 川 珠 代

防衛大臣 中 谷 元

内閣官房長官 菅 義 偉

復興大臣 高 木 毅

内閣府特命担当大臣（沖縄及び北方対策、科学技術政策、宇宙政策） 島 尻 安 伊 子

内閣府特命担当大臣（経済財政政策） 石 原 伸 晃

内閣府特命担当大臣（少子化対策、男女共同参画） 加 藤 勝 信

内閣府特命担当大臣（国家戦略特別区域） 石 破 茂

国務大臣 遠 藤 利 明

日本銀行総裁 黒 田 東 彦

日本赤十字社社長 近 衛 忠 輝

日本放送協会会長 靱 井 勝 人

日本電信電話株式会社社長 鶴 浦 博 夫

東京大学名誉教授 阿 部 勝 征

全国知事会危機管理・防災特別委員長（新潟県知事） 泉 田 裕 彦

東京国際大学教授 小室広佐子

日本消防協会監事 渡 邊 茂 治

被災者健康支援連絡協議会会長 横 倉 義 武

また、被災者健康支援連絡協議会は、東日本大震災において、日本医師会が全国医学部長病院長会議とともに立ち上げた組織で、日本医師会長が代表を、日本医師会副会長と全国医学部長病院長会議の代表が事務局長を務めている。

構成団体は、四師会をはじめ各職能団体、病院団体、日本赤十字社など、我が国を代表する医療、保健、介護の関係団体、19組織・37団体であり、厚生労働省や復興庁等の関係省庁も参加している（表2）。

同連絡協議会で、将来必ず発生するであろう大規模災害への備えについて議論した結果、2013年4月、当時の防災大臣に「大規模災害への対応にかかる提言及び要望書」を提出し、その中で、協議会の代表を中央防災会議の委員にすることを要望した経緯がある。

表2 被災者健康支援連絡協議会 構成団体一覧

[平成27年11月20日現在 19組織 (38団体)]

1	日本医師会
2	日本歯科医師会
3	日本薬剤師会
4	日本看護協会
5	全国医学部長病院長会議
6	日本病院会
7	全日本病院協会
8	日本医療法人協会
9	日本精神科病院協会
10	日本栄養士会
11	大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会 ① 日本リハビリテーション医学会 ② 日本理学療法士協会 ③ 日本作業療法士協会 ④ 日本言語聴覚士協会 ⑤ 日本リハビリテーション病院・施設協会 ⑥ 回復期リハビリテーション病棟協会 ⑦ 全国デイ・ケア協会 ⑧ 日本訪問リハビリテーション協会 ⑨ 全国地域リハビリテーション支援事業連絡協議会／全国地域リハビリテーション研究会 ⑩ 日本介護支援専門員協会 ⑪ 日本義肢装具士協会 ⑫ 日本義肢装具学会
12	全国老人保健施設協会
13	日本慢性期医療協会
14	チーム医療推進協議会 ① 日本医療社会福祉協会 (医療ソーシャルワーカー) ② 日本医療リンパドレナージ協会 ③ 日本栄養士会 ④ 日本看護協会 ⑤ 日本救急救命士協会 ⑥ 日本言語聴覚士協会 ⑦ 日本作業療法士協会 ⑧ 日本臨床細胞学会細胞検査士会 ⑨ 日本歯科衛生士会 ⑩ 日本診療情報管理士会 ⑪ 日本診療放射線技師会 ⑫ 日本理学療法士協会 ⑬ 日本臨床工学技士会 ⑭ 日本臨床心理士会 ⑮ 日本臨床衛生検査技師会 ⑯ 日本視能訓練士協会 ⑰ 日本義肢装具士協会 ⑱ 日本精神保健福祉士協会
15	日本救急救命士協会
16	日本診療放射線技師会
17	日本病院薬剤師会
18	日本赤十字社
19	日本臨床心理士会

※下線=重複団体

関係省庁

厚生労働省
復興庁
総務省
文部科学省
環境省

今般の横倉会長の中央防災会議委員就任は、日本医師会としての活動のみならず、日本の医療、保健、介護の関係団体を結集して、次の大規模災害に備えていくという重要な責務を負ったということである。前述した通り、次のような対応により、災害対策行政における医療の位置づけの向上を行っていく必要がある。

① 国の災害対策関係会議への積極的な参画

直接的には医療を対象としていない会議への参画実績（今期）

- ・新設の防災推進国民会議（議長：安倍総理）
- ・中央防災会議「防災対策実行会議」
- ・同「水害時の避難・応急対策検討ワーキンググループ」

（当初は委員ではなかったが、水害からの救助には、救助される側、医療支援を行う側の両面で、医療提供者の視点が重要として、委員に追加就任。

さらに、茨城県医師会、きぬ医師会、日本赤十字社茨城県支部へのヒアリング、WGでのプレゼンテーションを実現させ、論点にも災害医療の項を追加)

② 内閣府、総務省、国土交通省、防衛省等の災害対策関係機関（公私）との連携強化

関係会議・事業への参画、「南海トラフ大震災を想定した衛星利用実証実験」での協力等を契機として、次のような機関との連携強化

- ・「指定公共機関」の指定、中央防災会議委員就任を契機とした広範な連携
- ・厚生労働省、総務省消防庁、海上保安庁、JAXA（国立研究開発法人宇宙航空研究開発機構）等、これまで日本医師会と関わりの深い省庁に加え、内閣府（中央防災会議所管）、総務省（情報通信）、国土交通省（津波、洪水）、防衛省（大規模災害、テロ）などの行政機関等、自衛隊との連携
- ・情報通信企業等の民間企業や団体との連携

③ 災害時の情報収集、情報共有能力の強化

上記①、②の取組や、「南海トラフ大震災を想定した衛星利用実証実験」（防災訓練）などを通じた機能強化

3. 今期の主な本委員会活動（災害医療対策関係）

① 災害医療小委員会の設置

- ・「南海トラフ大震災を想定した衛星利用実証実験」（防災訓練）に関する検討
- ・ J M A T 携行医薬品リストの更新検討
- ・「災害医療に関する調査」の実施

② 自衛隊中央病院、陸上自衛隊衛生学校の視察（2015年5月13日）

③ 具体的なイベント、災害例に関する報告・議論

- ・ボストンマラソン爆発テロ事件
- ・第23回世界スカウトジャンボリー（山口県）
- ・台湾粉塵爆発事故
- ・パリ同時多発テロ事件

④ 2015年台風18号による大雨被害に関する茨城県医師会、D P A T（災害派遣精神医療チーム）からのヒアリング（2015年10月29日）

⑤ J M A T II 活動の継続検討（後述）

4. 今後の災害対策について

（1）大規模震災（南海トラフ巨大地震、首都直下型地震等）

2015年3月、中央防災会議「南海トラフ地震における具体的な応急対策活動に関する計画 第4章 医療活動にかかる計画」では、「D M A T の活動末期及び活動終了以降も、J M A T（Japan Medical Association Team）、日本赤十字社、独立行政法人国立病院機構、大学病院、日本医師会等からの派遣により、避難所、救護所の医療体制を継続する。」とされた。

被災地における J M A T の効率的な活動には、他の関係職種との連携も重要である。たとえば東日本大震災では、沖縄県医師会の J M A T が、同じく被災地に派遣された他地域の保健所保健師と協働での活動を行った。保健師が避難所を廻り、その情報を

基にJMATによる医療支援が行われた。保健師は、通常業務を通して、介護関連も含めた情報を収集、評価することができ、JMATのカウンターパートとして、有効な職種である。

また、大震災では、非常に多数の医療チームや医療関係者が、被災地に参集することとなるため、被災地に対して円滑に医療支援を実施するためには、本節（3）の通り、国、都道府県、地域におけるコーディネート機能が必要である。

さらに、大震災が地震津波、火災や原子力発電所事故など複合災害につながることは、東日本大震災を経験した今、論を待たない。数十万人が長期の避難生活を強いられ、災害前からの医療の中断、精神的ストレス、感染症や健康悪化のリスクを抱える。透析患者、妊産婦（周産期）、疾患を抱える小児や障害者（児）などへの速やかな対応が行われるような配慮も重要となる。広範な医療・介護・保健の連携が必要で、様々な診療科や専門分野の医師で構成され、平素から行政や関係団体等との連携を行っている医師会による活動経験が発揮される場である。

2015年度の「南海トラフ大震災を想定した衛星利用実証実験」では、東海・東南海連動地震だけではなく、富士山噴火の予兆も取り上げた。様々な災害に対し、医師会員が、地域のかかりつけ医として、JMATの一員として、どのように対処すべきか、情報提供も必要である。

以上、大規模災害時は、“All Hazard All Approach” の概念の下で、「総力戦」となる。日本医師会は、被災者健康支援連絡協議会の代表として中央防災会議の委員に就任した以上、関係者間の連携強化に努めるべきである。

（2）集団災害対策（東京オリンピック・パラリンピックを見据えて）

マラソン大会は「計画された多数傷病者事案」と考えられている。全国でマラソン大会をはじめ、多くのスポーツイベント、あるいは多数が集まるイベントが開催されているが、災害医療としてのリスクに鑑み、医療側が積極的に関わる必要があるものは少なくない。つまり、イベント主催者や行政は、日本各地で行われるマラソン大会等を多数傷病者事案と考え、地域医師会が医療機関・消防機関と連携して災害医療としての対応をすることを検討するべきである。

ボストンマラソン爆発テロ事件は、何でもない平和な場所が突然危険な場所になる

ということを証明した。また、ノルウェーのオスロなどで起きた銃乱射事件も同様である。

したがって、集団災害は、「将棋倒し」等だけではなく、放射性物質や化学薬剤によるテロへの対応や、「銃下の医療（テロ発生下の医療）」が必要となる場合も想定しなければならない。

（３） J M A T と他の医療関係チーム等との連携

（２０１５年台風１８号による大雨被害事例をもとに）

２０１５年台風１８号による大雨被害では、茨城県医師会をはじめとする関係者との災害前からの連携体制の構築（「茨城県医師会災害復興医療連絡協議会」、「四師会による災害時の医療救護活動に関する協定」など）、訓練の実施、及び災害医療コーディネーターの養成といった「災害への備え」が発揮されるとともに、災害発生初期段階から、四師会、DMAT、日赤やJ R A T（大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会）等による連携が行われた。現場では、関係者間の情報共有と役割分担が適切に行われ、災害関連死ゼロを達成したことは、評価に値する。

日本医師会は、今回の茨城県事例を研究し、次の災害への備えとするべきである。

① 災害医療コーディネーターの養成

茨城県事例では、日本医師会が共催する都道府県災害医療コーディネート研修の受講者（茨城県医師会役員）が、実際に災害医療コーディネーターに就任し、統括DMAT等とともに医療支援活動の基軸を担った。

コーディネーターの業務は、一人で全てに対応できるものではない。次の大規模災害に備え、複数のコーディネーターを養成していく必要がある。行政のコーディネーターは、人事異動で交代する場合もある。災害医療コーディネート研修は、２０１６年度で３年目を迎えるが、今後も継続していく必要がある。

② 情報の共有

茨城県での事例では、朝夕の報告会・ミーティングの実施、災害診療記録（J-speed）、アセスメントシート、引き継ぎノート、クロノロジーの導入などによって、情報共有と役割分担が行われた。

日本医師会「南海トラフ大震災を想定した衛星利用実証実験」においても、クラウドを利用して、同様の訓練が行われている。しかし、特に、アセスメントシートは「災害弱者」の把握、感染制御などに必要であり、災害急性期以降、慢性期など段階に応じた検討とともに、共通化に向けて取り組んでいく必要がある。

また、災害診療記録（J-speed）は、日本医師会も参画した「災害時の診療録のあり方に関する合同委員会」により作成され、今後全国的に普及させていくことを同時に、各参加団体に協議、活用をしていくこととなっている。今後、JMAT参加医師の立場から、どのように活用していくべきか、どの点を改善していくかについても合わせて検討を進めていくことが必要である。

③ 医療・健康に関する関係者の集約

茨城県での事例は、我が国の保健、医療、介護関係団体を取りまとめ、横倉会長が、その代表の立場で中央防災会議の委員に就任した「被災者健康支援連絡協議会」の地域版とも言えるものである。

特に、災害対応が長期化する被災地にあっては、別稿の通り、地域包括ケアシステムにおける災害医療対策、「医療統括体制」の考え方が重要となる。

④ 医師会・JMATと日本赤十字社

指定公共機関、中央防災会議委員には、日本赤十字社がすでに就任している。日赤は、大規模な機動力を持って時間単位で被災地に駆けつけ、広範囲に災害対応する。

しかし、日赤の医療チームが全ての被災地、全ての災害期間をカバーできるわけではない。JMATは、日赤チームとの間で、地域や時間（日赤撤収後など）を分担する。JMAT参加医師の多くは、平素は地域住民のかかりつけ医として、高齢者等の「災害弱者」に医療を提供し、予防接種等の公衆衛生対策の一翼を担う存在である。

同時に、日本医師会、都道府県医師会（被災地、被災地外）、郡市区医師会は、それぞれのレベルにおいて、カウンターパートの行政と連携する必要がある。

さらに、医師会の「大きな傘」の下、日本の各地に存在する様々な医療リソース（全国の病院・診療所・介護施設や、そこに従事する医師、看護師・医療関係

職種)を柔軟に活用して、災害発生から被災地の医療が復興するまで、被災地のニーズに応えていくものである。

(4) i J M A T 構想

日本医師会は、南海トラフ巨大地震や富士山噴火等の甚大な災害が発生し、日本の医療リソースが利用できなくなった時に、国民の生命を守るため、手厚い災害対応を確保するという概念で、「災害時の医療・救護支援における医師の派遣と支援体制における相互承認に関する日本医師会と各国医師会との間の協定」(i J M A T 構想)を取りまとめた。

それを背景として、2015年6月に発生した台湾新北市「八仙海岸八仙水上樂園」粉塵爆発事故による多数の熱傷患者の治療に際し、台湾医師会及び台湾路竹会(医療ボランティアNGO団体)からの緊急医療支援の要請を受け、日本医師会「三学会合同熱傷診療支援医師団」を派遣した。

その後、i J M A T 構想に基づいて、「災害時の医療・救護支援における医師の派遣と支援体制の相互承認に関する日本医師会と各国医師会との間の協定」を台湾医師会と7月末に締結した。こうした経緯により、台湾政府(立法院)から日本医師会宛に感謝状が贈呈された。



自然災害、テロを含む人為災害を問わず、災害医療対策は、我が国だけの問題ではない。世界医師会（WMA）モンテビデオ宣言（2011年10月）では、「すべての医師専門分野において、災害訓練プログラムの習得を目指し、災害医療に対する標準能力を推進すること。」を加盟各医師会に要請した。

各国の対策や教訓を世界で共有することによって、それぞれの国の災害医療対策の質が向上し、より多くの被災者の生命、健康を守ることにつながる。

日本医師会は、国内外の甚大な災害に備えてi JMAT構想を進めるとともに、災害医療対策への取組を世界に向けて報告していくべきである。

5. 東日本大震災被災地へのJMAT II派遣について

JMAT IIは、JMAT活動終了後の中長期の医療支援活動である。災害関連死などの未然防止が最大の目標であり、特に仮設住宅孤独死、心のケアの必要性等に十分な配慮を行う。医師1人または医師を含むチーム構成である。

JMATの派遣終了後、医師等の不足に加え、住民の医療ニーズの高まりや住民の医療へのアクセス困難の深刻化が起きた地域であって、外部からの医療支援が必要な場合に派遣するという位置づけである。

東日本大震災では、2011年7月15日のJMAT活動終了後、今日までJMAT IIとして、派遣を継続してきた。2015年10月31日現在、1,300チームを被災地に派遣し、参加人員は、医師3,689人を含む6,130名に及ぶ（延べ数）。

その中で、2015年1月～11月29日までの派遣先については、156回中、岩手県医師会が県知事及び陸前高田市長から委託を受けて運営している高田診療所が151回を占め、そのすべては岩手県医師会が派遣する「JMAT岩手」である。なお、同診療所は、2016年3月末に閉鎖される方向となっている。

こうした状況下、本委員会では検討の結果、岩手県医師会高田診療所の閉鎖を以て、東日本大震災におけるJMAT IIの活動を終了することを提案する。

なお、JMAT II活動に際し、これまで地域医療や被災地医療支援に尽力されてきた1名の医師が事故死されたことは痛惜に堪えない。衷心よりご冥福をお祈り申し上げます。

東日本大震災におけるJMAT、JMATⅡの参加者数
(2016年2月29日現在)

		JMAT I	JMAT II	全 体
チーム数		1,398	1,362	2,760
登録者数	医 師	2,145	3,884	6,029
	看護職員	1,775	1,085	2,860
	薬 剤 師	461	1,114	1,575
	事 務	1,139	190	1,329
	臨床検査技師、 その他	534	232	766
	合 計	6,054	6,505	12,559

(派遣準備中含む)

おわりに

今期（2014／2015年度）は、救急医療や災害医療で、日本医師会にとって画期的な2年であったと言える。

まず、「地域包括ケアシステム」の構築と効率的かつ質の高い医療提供体制の確立を目指す、いわゆる医療介護総合確保推進法が2014年6月に成立し、順次関係法規が施行された。「地域包括ケアシステム」は今期の検討事項であるが、これまで介護の要素が強く、とりわけ救急搬送・救急医療は検討対象として取り上げられることが少なかった。しかし、地域包括ケアシステムと医療提供体制は別個のものではなく、一連のものである。地域医師会のイニシアティブによる「医療統括体制」によって有機的に進められるべきである。

日本医師会は、地域包括ケアシステムの構築を重視する方針をとっているが、本委員会として、救急搬送・救急医療を重大要素の一つと位置づけ、取り組んでいくことを期待する。

また、災害医療対策の面では、2014年8月に日本医師会が災害対策基本法上の「指定公共機関」の指定を受け、さらに翌年6月には、被災者健康支援連絡協議会の代表の立場で横倉会長が中央防災会議の委員に就任した。世界的には自然災害とともにテロ事件の続発や台湾粉塵爆発事故が発生した。本委員会では、迫り来る南海トラフ大震災や、2020年東京オリンピックを見据えた集団災害を中心に検討を行ったが、特に、小池副委員長を長とする「災害医療小委員会」を設置し、かつ自衛隊中央病院及び陸上自衛隊衛生学校の視察、茨城県医師会担当役員やDPAT（災害派遣精神医療チーム）事務局を招いてヒアリングを実施した。この場を借りて、ご協力をいただいた関係者の方々に御礼申し上げます。

最後に、JMAT（日本医師会災害医療チーム）を提案した委員会として、今期報告書において東日本大震災におけるJMATⅡの活動終了を提案したところであるが、JMATを含め、これまでチームの一員として、また派遣調整役としてご尽力されてきた方々には、衷心より敬意を表するものである。

日本医師会においては、これまでのJMAT活動の教訓を元に、次の大規模災害、集団災害への備えを進めていただきたい。

2015年度 「災害医療に関する調査」 結果概要（暫定版）

対象：47都道府県医師会

回答：47都道府県医師会（100.0%）

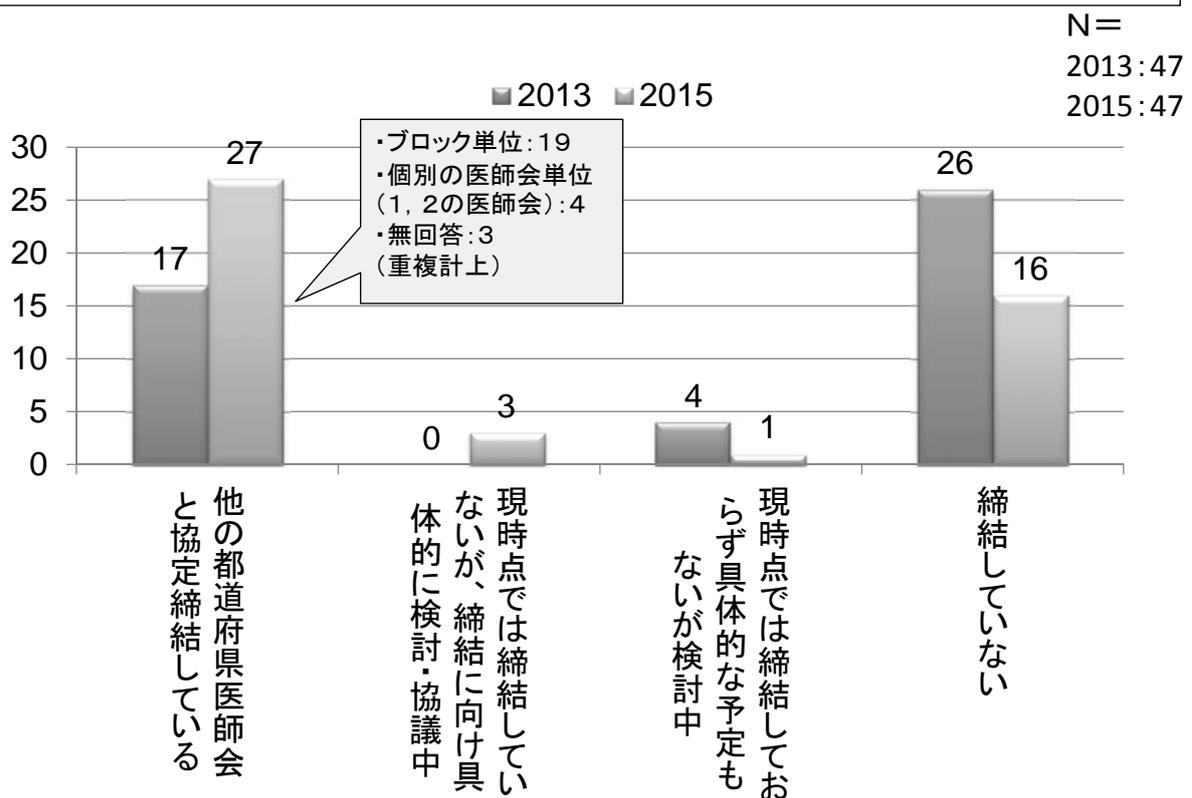
2015年7月

救急災害医療対策委員会

災害医療小委員会

1

都道府県医師会相互の 災害時医療協定の締結状況



2

都道府県医師会相互の 災害時医療協定の締結状況

● 締結済みの協定

－ ブロック単位

- 関東甲信越・東京都
- 近畿医師会連合
- 中国四国医師会連合
- 九州医師会連合

－ 複数の都道府県医師会間

- 宮城県医師会・兵庫県医師会
- 十四大都市医師会
- 紀伊半島（三重県医師会、奈良県医師会、和歌山県医師会）
- 兵庫県医師会・徳島県医師会
- 福岡県医師会・山口県医師会

3

都道府県行政との協定における医師会の 役割

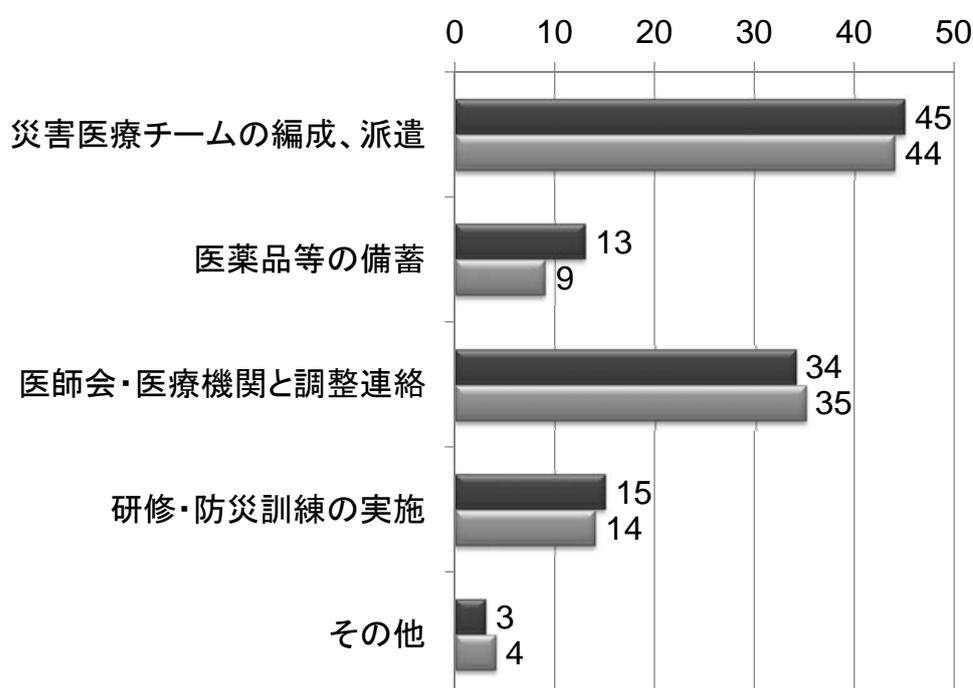
全都道府県医師会が、行政との間で協定を締結

N =

2013: 47

2015: 47

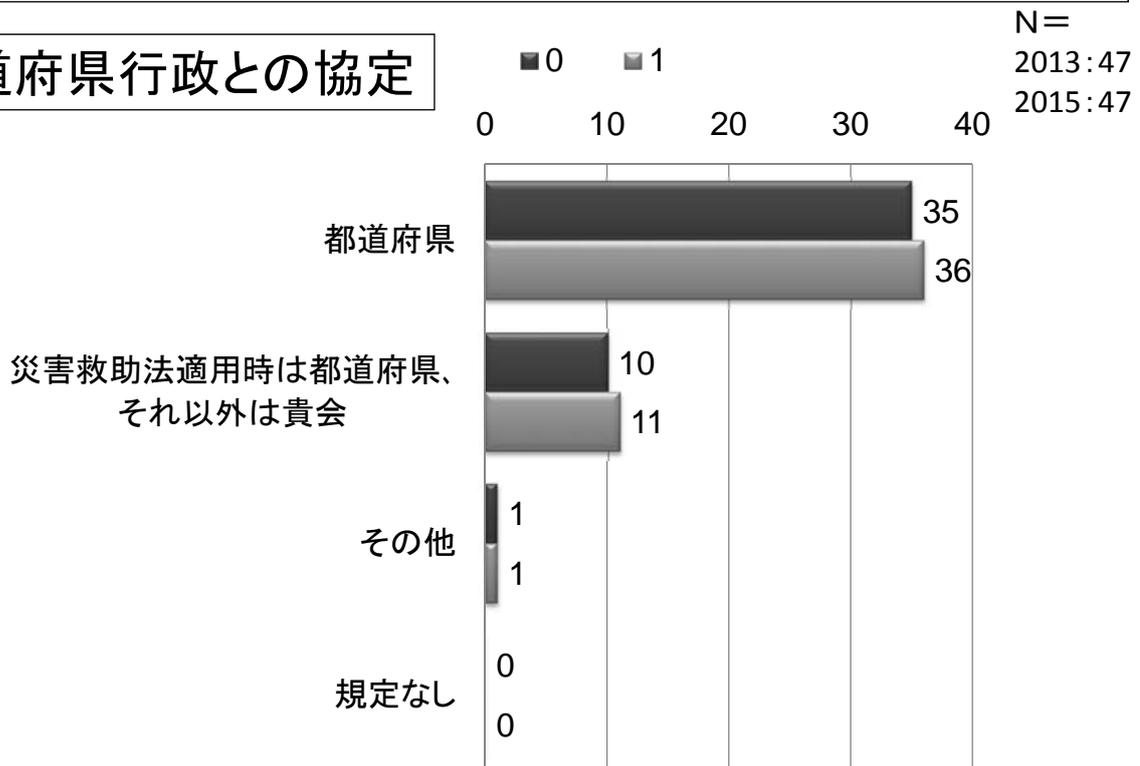
■ 32 ■ 30



4

医療救護班の派遣に伴う経費負担

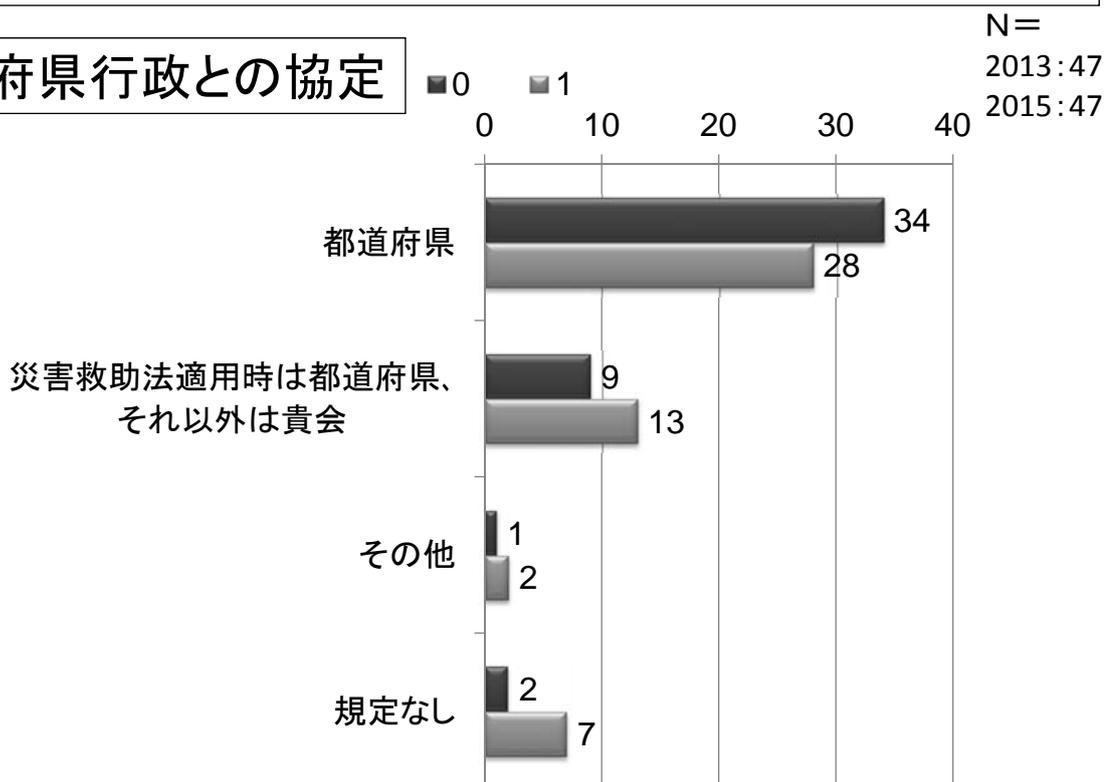
都道府県行政との協定



5

医療救護班の派遣に伴う 2次災害時の補償責任

都道府県行政との協定

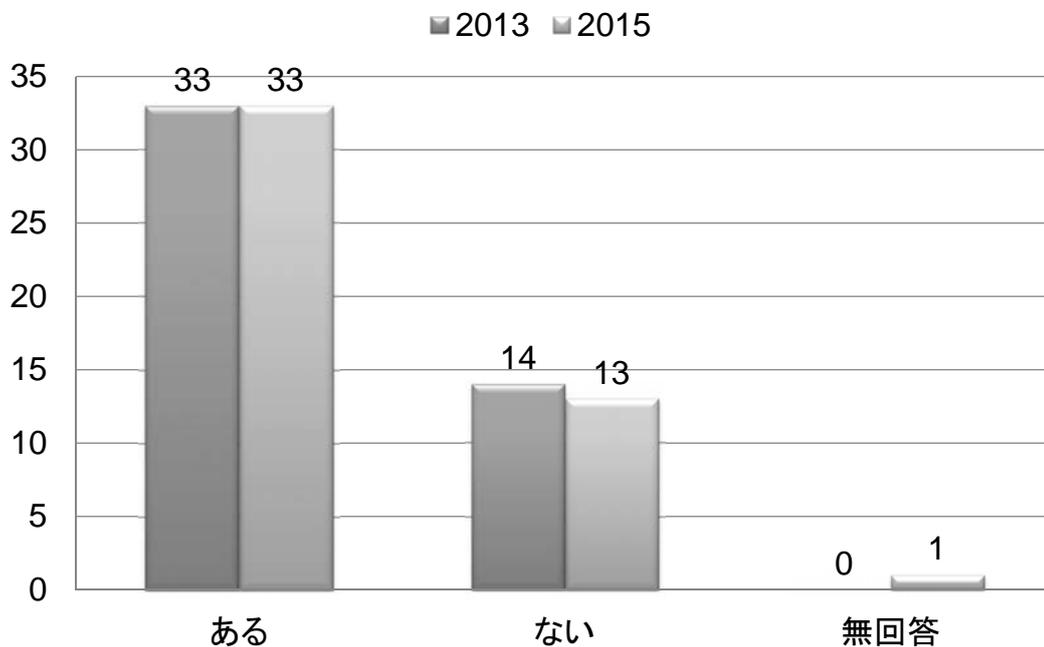


6

「災害時やむを得ない時は知事等からの要請がなくとも医師会の判断で救護班を派遣でき、事後報告を行えば要請があったものとみなし、知事等が経費等を負担する」規定の有無

都道府県行政との協定

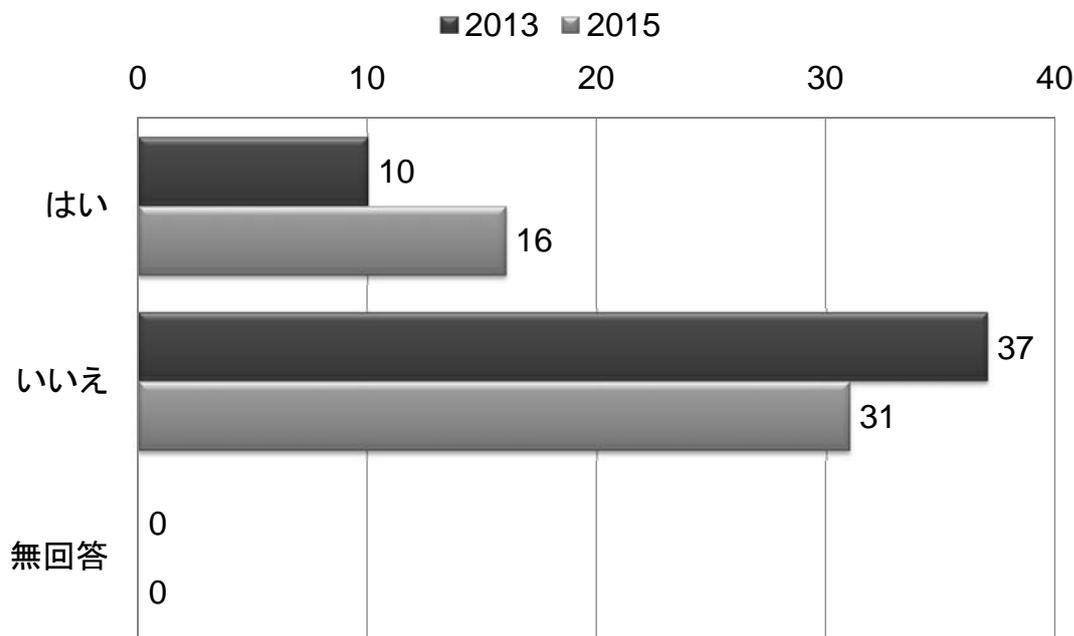
N=
2013:47
2015:47



「県外派遣規定」（他の都道府県への派遣を行った場合の規定（経費負担など））の有無

都道府県行政との協定

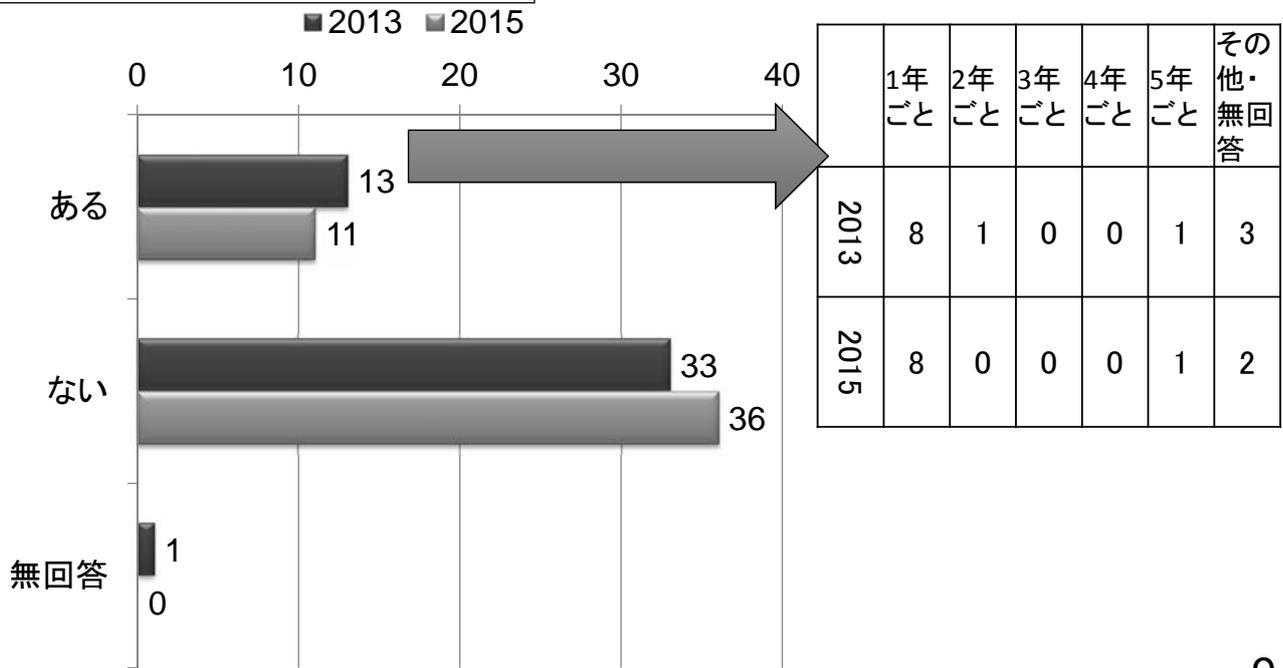
N=
2013:47
2015:47



定期的な見直し規定の有無

N=
2013:47
2015:47

都道府県行政との協定

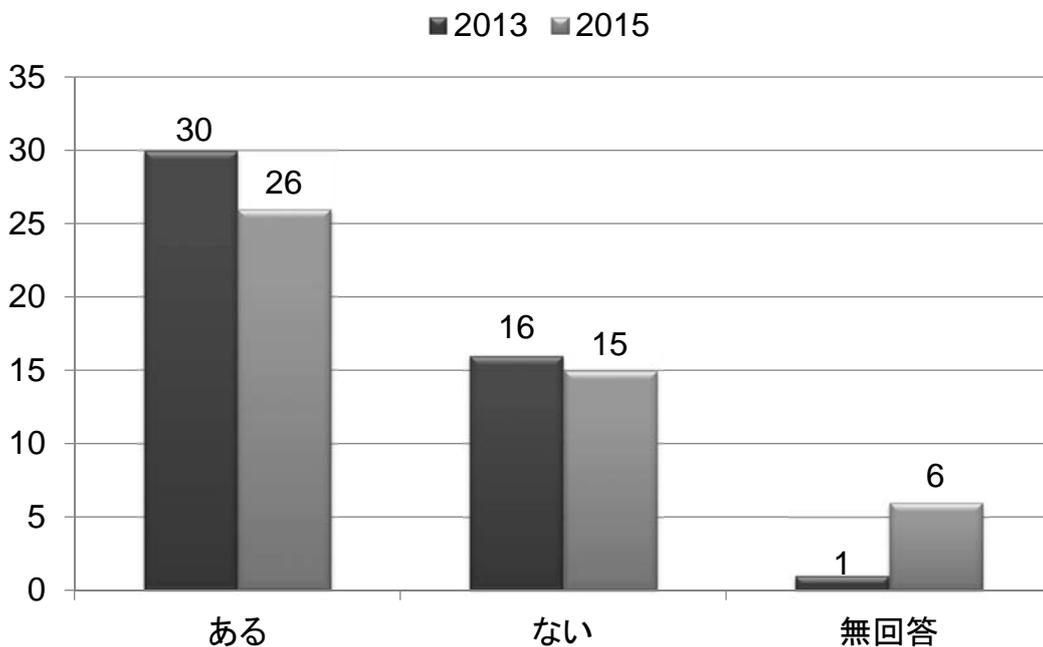


9

協定の現状について、形骸化の懸念など、具体的な課題の有無

N=
2013:47
2015:47

都道府県行政との協定



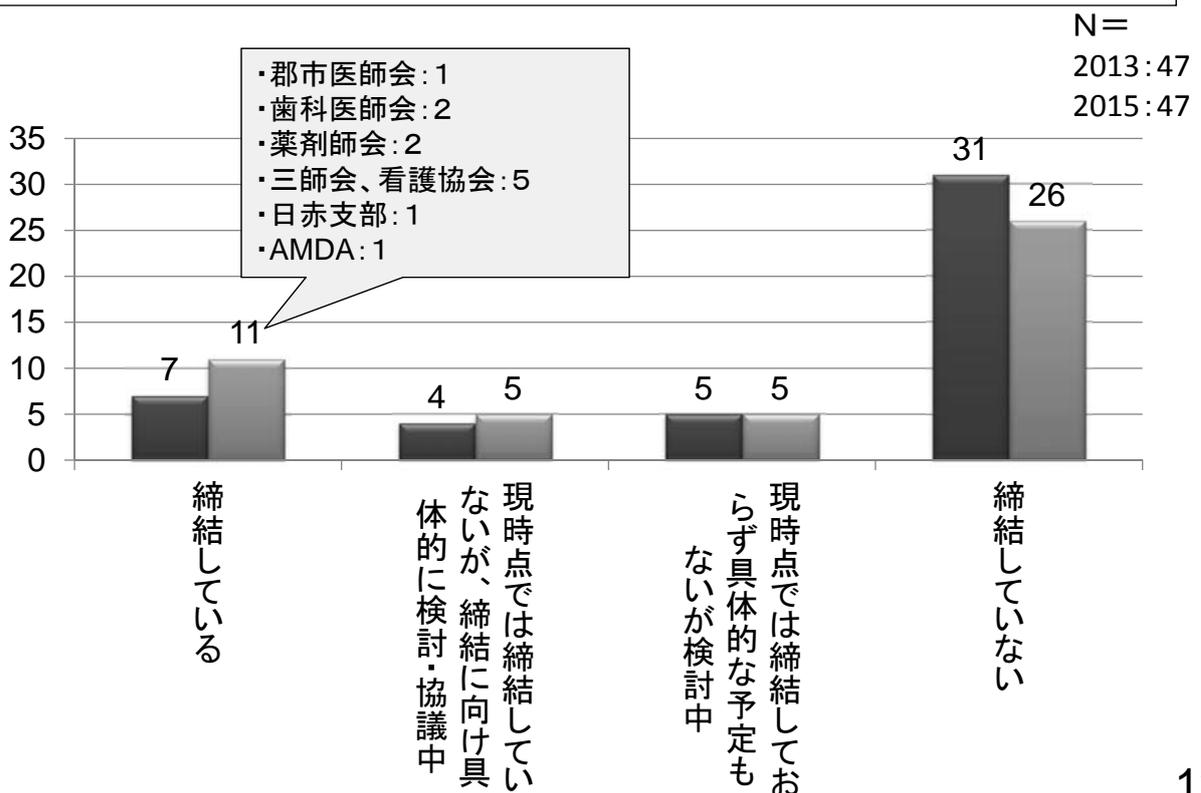
10

都道府県行政との協定における具体的な課題（抜粋）

- ・ 民間組織としての医師会の救護活動は患者受入（後方支援）を中心に行うべき。
- ・ 対策本部等の会議に医師会役員等が参加できない場合がある。
- ・ 訓練や医療品備蓄など費用面で県からの理解が得られていない。
- ・ 行政が備蓄している医薬品等の提供を得ることは難しい。
- ・ あくまでも県内の災害に関する者と認識されており、大規模災害の対応には腰が引けている。
- ・ 行政または医師会担当者が交代した際、協定が形骸化する可能性
- ・ 協定締結からかなりの年数が経過しているため条文の見直しが必要
- ・ 災害医療コーディネーター配置につき、協議を重ね、計画に入れること
- ・ 協定書の見直しについて、事務レベルで要請を行ったが、具体的な回答を得られていない。
- ・ 医療チームの編成に係るルール作り等
- ・ 県外派遣を想定した内容になっていない。
- ・ 行政はDMAT活動を軸とした受入れ調整などをし、医療救護に関しては、各市区町村の「地域防災計画」に基づいた活動となっており、行政による府内の集約を行わないと推測される。東日本大震災の際、行政に要望したが実現されず、本会が被災地にコーディネーターを派遣し、現地との関係機関と調整し、JMATのみならず、都道府県立医療機関をはじめ、災害拠点病院や救急医療機関など被災地に派遣された医療救護班に情報提供や現地での苦情処理などを本会と連携して活動した。結果的に、DMAT以外の医療救護活動は、都道府県内外への派遣に拘わらず、都道府県医師会の役目が重要となる。
- ・ 行政は平成24年12月に「災害医療コーディネーター」を派遣したが、本格始動は未だ。
- ・ 事後に行政が派遣依頼（みなし）を認めなければ、費用負担は医師会となる。
- ・ みなし規定は、JMATは亜急性期から慢性期を主に活動することや、県行政の会計上、絶対に認めない状況である。
- ・ JMATの位置付けがなされていない、県外災害へ派遣対応について明確な規定がない。
- ・ 協定締結から20年以上が経ち、協定に記載されている対応・活動内容も実際の災害時対応とは異なってきている。
- ・ 県との協定は昭和44年に締結してから、修正・変更されていない。活動内容等については、地域防災計画の中で規定しており、地域防災計画は毎年見直し修正されている。
- ・ 約10年前に協定を締結し、何度か見直そうとする動きはあるが、実現に至っていない。県の担当者が数年で異動してしまつたため、なかなか話が前へ進まない。
- ・ 情報伝達手段（防災無線等）が確立されていない。（DMATは参加）。
- ・ 大規模災害を想定した「県外派遣の追認条項（みなし規程）」の必要性を是非、国へ求めていただきたい。当九州ブロックでは、この問題について「各県保健医療福祉主管部長・各県医師会長合同会議」において何度も議論を行なっているが、未だ解決されない現状がある。この問題が進展しない要因として、行政側から県外派遣にかかる追認は、一貫して国レベルでの協議が必要で、県レベルで答えは出し難いとの見解であるため、議論は平行線のままである。従つて、大規模災害に備えるためには、日医から政府へ働きかけをお願いしたい。

11

都道府県医師会・医療関係団体との災害時医療協定の締結状況



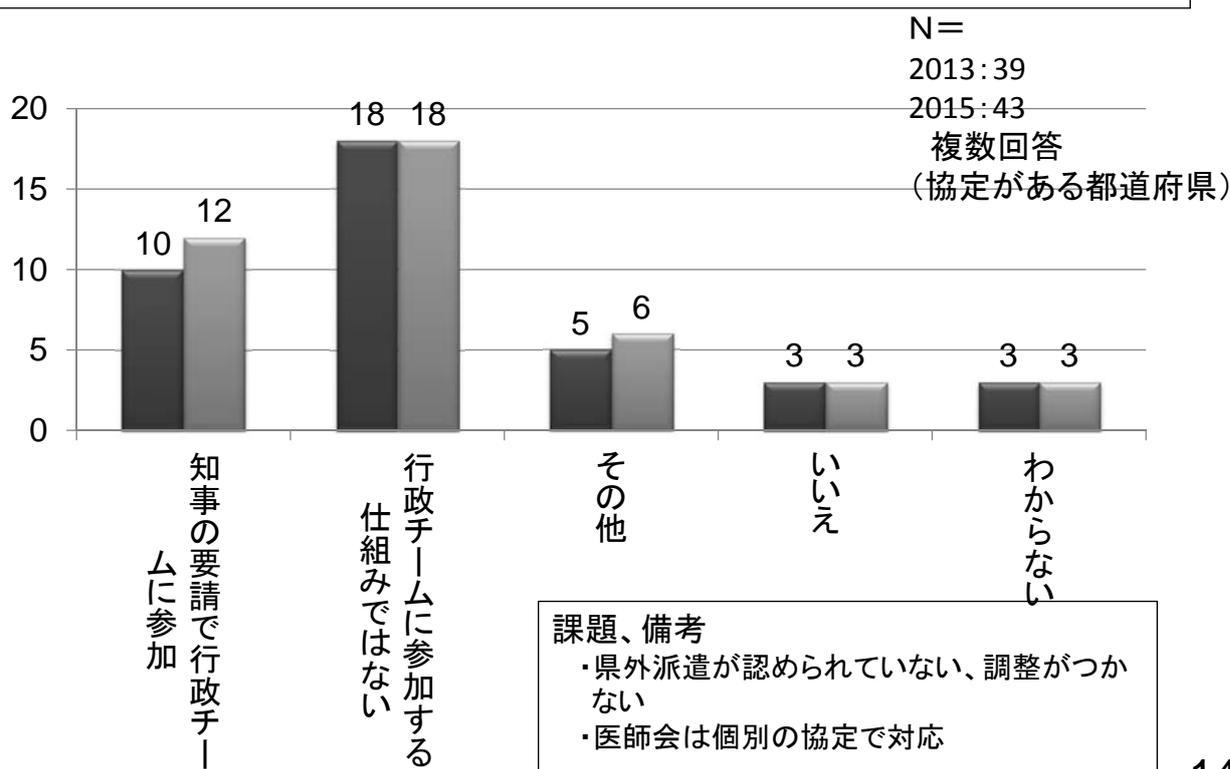
12

都道府県行政相互の 災害時医療協定の締結状況

協定の名称等	
全国知事会	21大都市
北海道・東北・新潟県8道県相互 応援協定	関西広域連合
北関東磐越5県（福島県、茨城県、 栃木県、群馬県及び新潟県）	2府7県（福井県・三重県・滋賀 県・京都府・大阪府・兵庫県・奈 良県・和歌山県・徳島県）
東京都、茨城県、栃木県、群馬県、 埼玉県、千葉県、神奈川県、山梨 県、静岡県及び長野県 関東地方知事会、関東広域連合	九州山口9県災害時相互応援協定
中部9県1市（富山・石川・福 井・長野・岐阜・静岡・愛知・滋 賀県・名古屋市）	関西広域連合と九州地方知事会

13

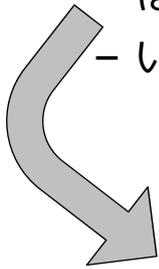
都道府県行政相互の災害時医療協定 における都道府県医師会の役割



14

JMATの組織化

- J M A T のため、災害時対応マニュアルや行動計画を策定
 - はい：2013年：25医師会→2015年：23医師会
 - いいえ：2013年：22医師会→2015年：24医師会
- J M A T の組織化の取り組み
 - はい：2013年19医師会→2015年：24医師会
 - いいえ：2013年：28医師会→2015年：22医師会
(無回答1)



- JMATOOの創設・事前登録制：20医師会(検討中除く)
(異動を考慮し、院長名での登録の場合あり、内科系・外科系統の細分化、
傷害保険加入)
- 研修会・訓練の実施(四師会、医薬品卸組合との合同研修含む)
- 薬剤師会、看護協会等との協力

15

災害医療研修

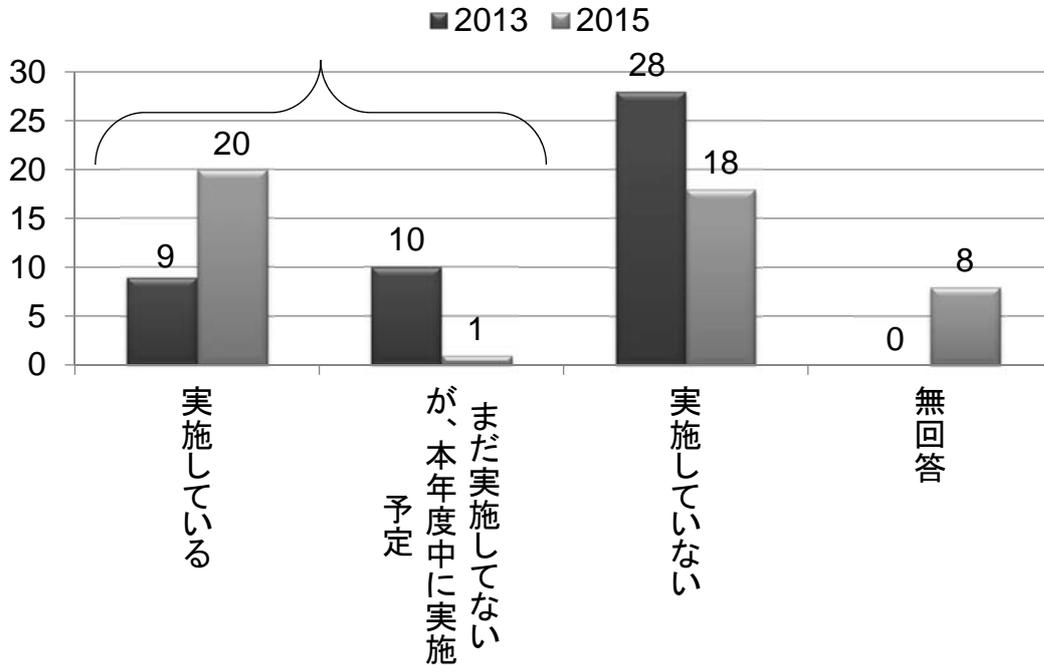
16

災害医療チームの研修・教育の実施の有無

チーム医療の観点から、医師以外の職種も参加：16医師会（2015）

- ・行政関係者、・日赤職員、警察、消防、航空職員
- ・歯科医師、・薬剤師、・看護師、・リハビリ療法士、・臨床検査技師、・放射線技師、・臨床工学技士
- ・介護福祉士・社会福祉士・SW、・栄養士、・事務職
- ・民生委員、・自治会等

N=
2013:47
2015:47



17

DMATの研修への参加・関与

研修への参加・関与	内容	
参加・関与している 11医師会	→ 関係会議への参加	年1回:4 年2回:2 年4回:1 年数回:1
	→ 研修会への関与	年1回:2 年2回:1
	→ 連携訓練	年1回:2 年2回:1 年4回:1
していない 19医師会	→ 今後関与の予定がある	2
	→ ない、不明	12
無回答	→	17

18

日赤の研修への参加・関与

研修への参加・関与		内容	
参加・関与している 4医師会	→	関係会議への参加	年1回:1
		研修会への関与	年1回:1
		連携訓練	年4回:1 年4回:1
していない 26医師会	→	今後関与の予定がある	1
		ない、不明	19
無回答	→		17

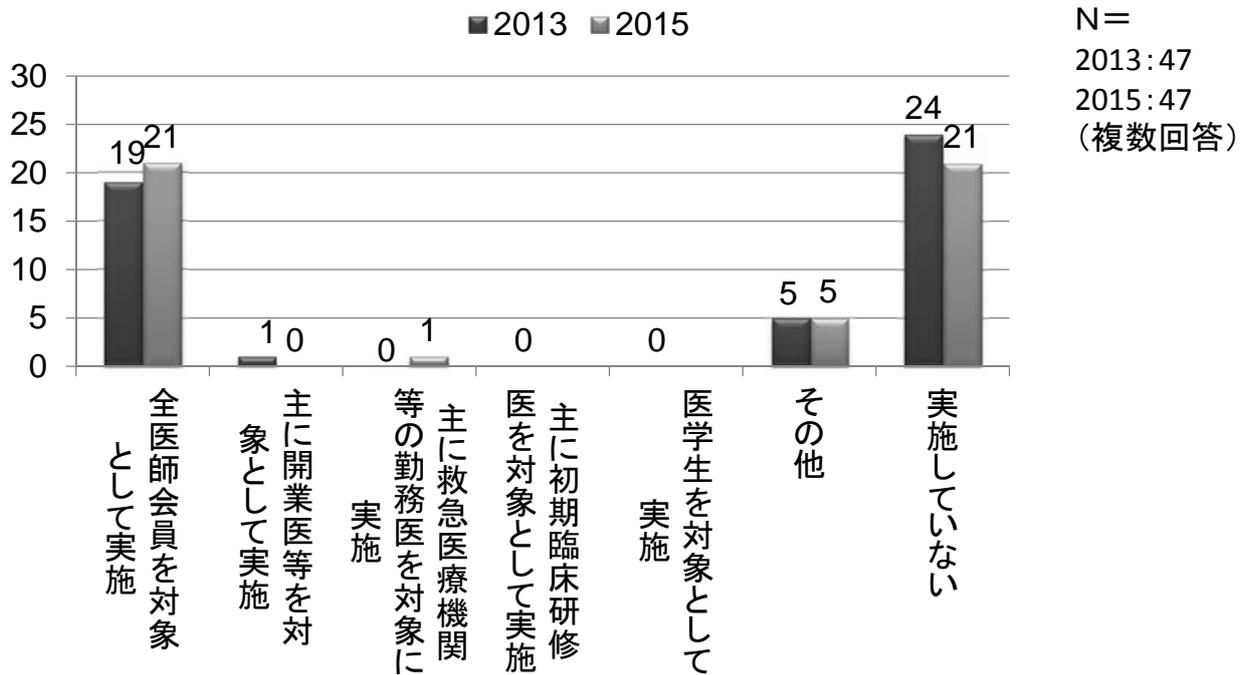
19

全ての医師会員を対象とした 災害医療研修

- **「災害発生ゼロ時」**（災害発生直後で、DMAT等の被災地外からの医療支援チームが到着する前の時間帯）は、被災地の医師・医師会だけで対応しなければならない。
- 地域特性に基づく災害リスクの評価、医学的なスキル、DMATやJMATとの連携など。
- 生涯教育制度との関連付け。
- 日本医師会ACLS（二次救命処置）研修事業との関係。

20

災害医療チーム参加者だけではなく、地域の全医師会員等を対象とした災害医療に関する研修・教育の実施の有無



21

研修の課題（抜粋）

- 受講者のレベルに差があるため、研修内容の絞り込みに工夫が必要。
- 主催する県医師会スタッフの負担、日程調整。
- 地域が限られている。
- 1回の研修で実習を行える対象人数が限られていること。
- 広域災害時のコーディネーターの結成。
- 他業食・他機関との協働など。
- 県医師会会員対象だが一部の会員の参加にとどまる。
- 参加者は前回と同様の顔ぶれだった。
- 東日本大震災を忘れないようにとの思いであるが、当県 J M A T を維持、発展させてゆく取り組みが必要と思う。
- トリアージ並びに検死・検案に関する研究・亜急性期から慢性期にわたる研修
- 救急病院以外の一般病院・診療所に従事する参加者を増やすこと予算確保
- 理解を深め、興味を持ってもらい裾野を広げること
- 災害時における民間船舶の活用を国の防災基本計画にどう盛り込んでいくか。
- 訓練はマンパワーや費用面など病院側にも少なからず負担がかかるため、訓練担当病院を選定する際に苦慮する。
- 定員枠を設けた研修コースで当日欠席者が出た場合の対応の改善が必要。

22

研修プログラムについての提案、要望

- 各ブロックごとの開催。
- 大規模災害時に国、都道府県、市町村など、行政が立ち上げる本部等の体制とJMATの立ち位置について解説
- 各都道府県で立ち上げた災害医療コーディネートチームの役割。
- 日赤、行政派遣、NPOなど各種医療チームとの関わり方
- 行政の災害対策本部の指揮下に入ることの理解
- JMAT研修会における講師の派遣
- 産業研修医での必修化
- テレビ会議システムによる参加、日本医師会の研修の動画を、当県医師会ホームページでの配信。
- 当県医師会の研修会では、災害発生時のJMATの位置付けが明確にされていないため、DMATを担う講師がDMATの教育プログラムを引用した内容となっている。同じブロックで同様にJMAT研修を行っている県とは全く異なる内容になっている。日本医師会による医師会の研修用標準プログラム作成を希望。
- 当県医師会の統括医師研修・ロジ研修・チーム研修の状況を紹介できればと思う。
- 早くJMAT研修要綱、プログラム案を示して欲しい。"
- 災害時医療コーディネートの流れについて、モデルケースを示してほしい。
- コーディネーターと連携して対応に事務職などの存在も不可欠なので、それにスポットを当てた役割表や対応プロトコルなど。
- 事務局レベルの日医—都道府県医師会—郡市区医師会の連携体制等、具体的・実践的な体制構築、研修、訓練。
- 各県医師会でJMATに関する研修会を実施する際の教材。
- 「インシデント・コマンド・システム」の地域での応用例(日本)。
- 各県共通の体制の構築を踏まえた状況付与による図上訓練。

23

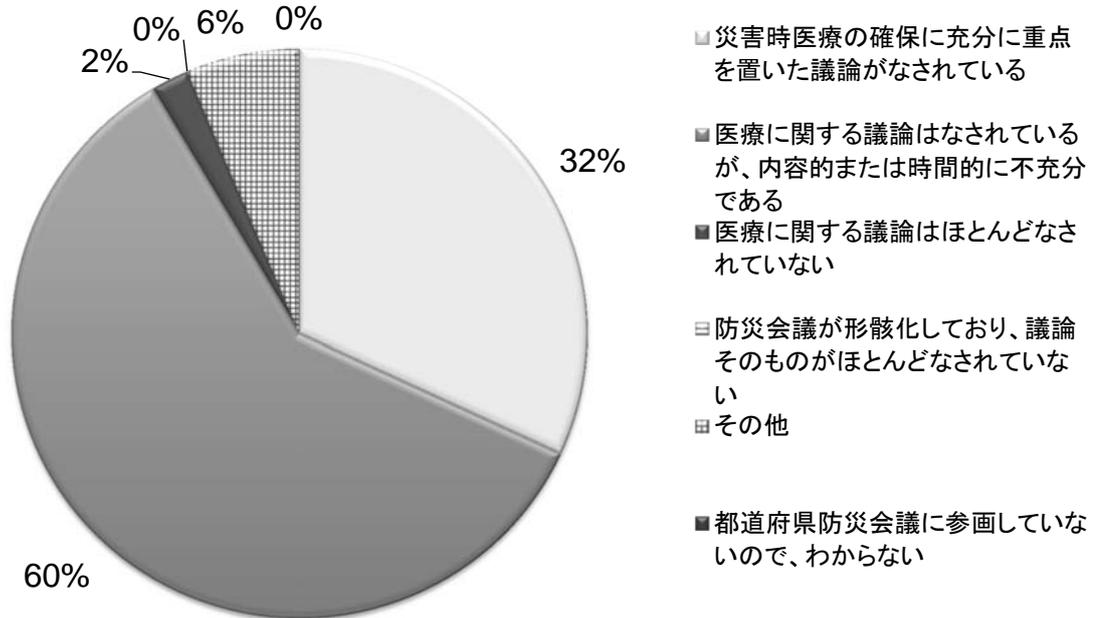
都道府県防災行政、関係団体等との 関係

24

都道府県防災会議における議論 (2013)

N=
2013:47
2015:47

※ 全都道府県医師会が、災害対策基本法上の「指定地方公共機関」と回答

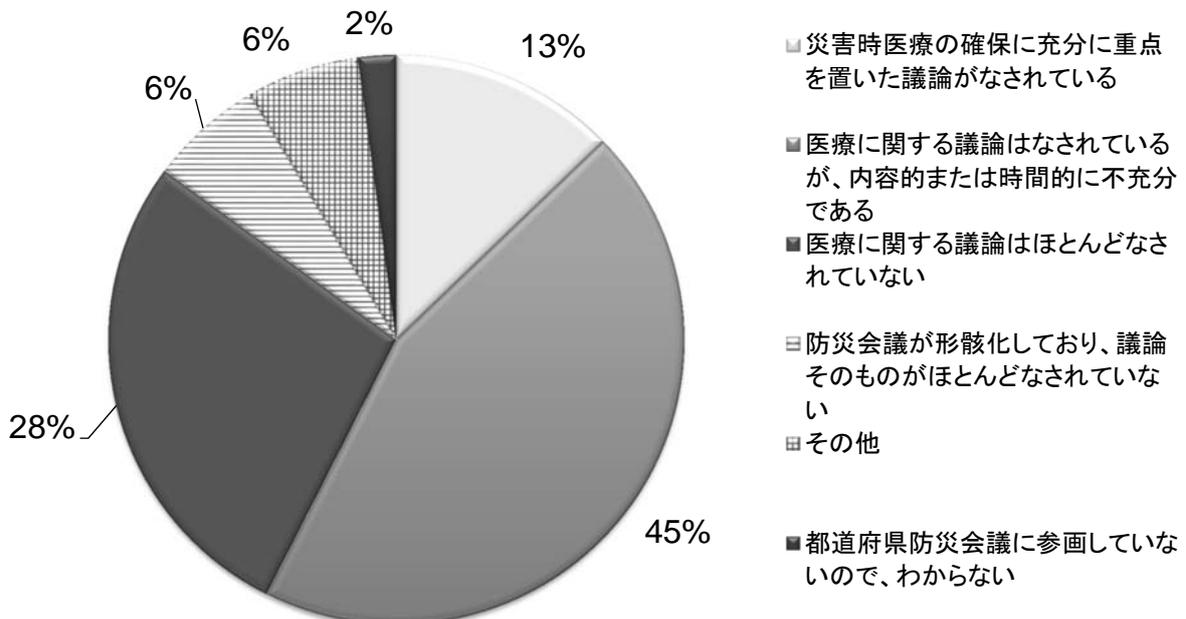


25

都道府県防災会議における議論 (2015)

N=
2013:47
2015:47

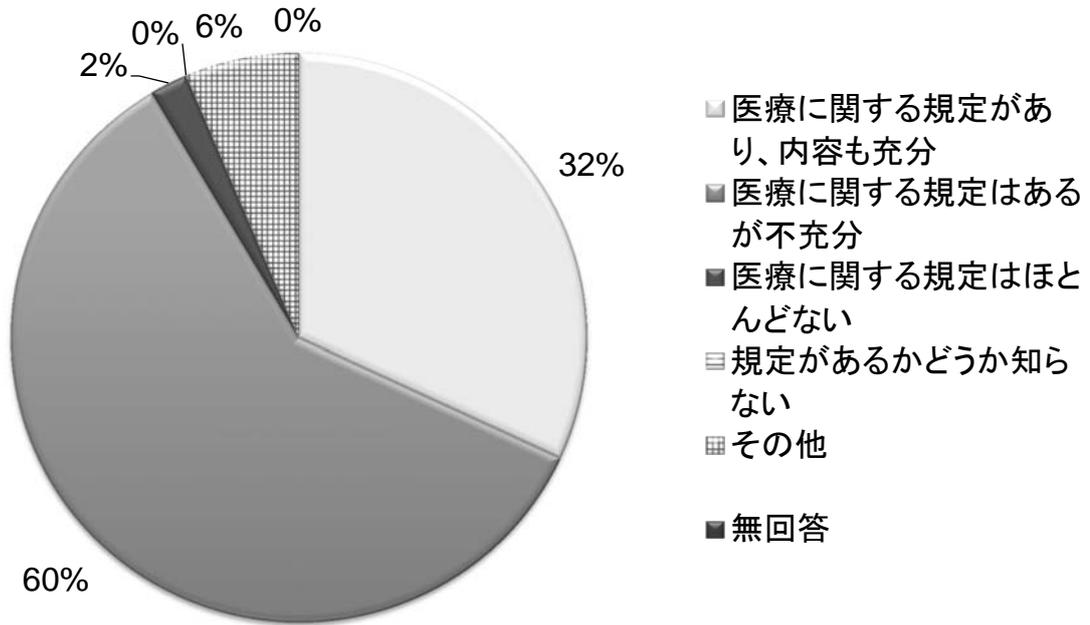
※ 全都道府県医師会が、災害対策基本法上の「指定地方公共機関」と回答



都道府県防災計画の 医療に関する規定（2013）

N=
2013:47
2015:47

※ 全都道府県医師会が、災害対策基本法上の「指定地方公共機関」と回答

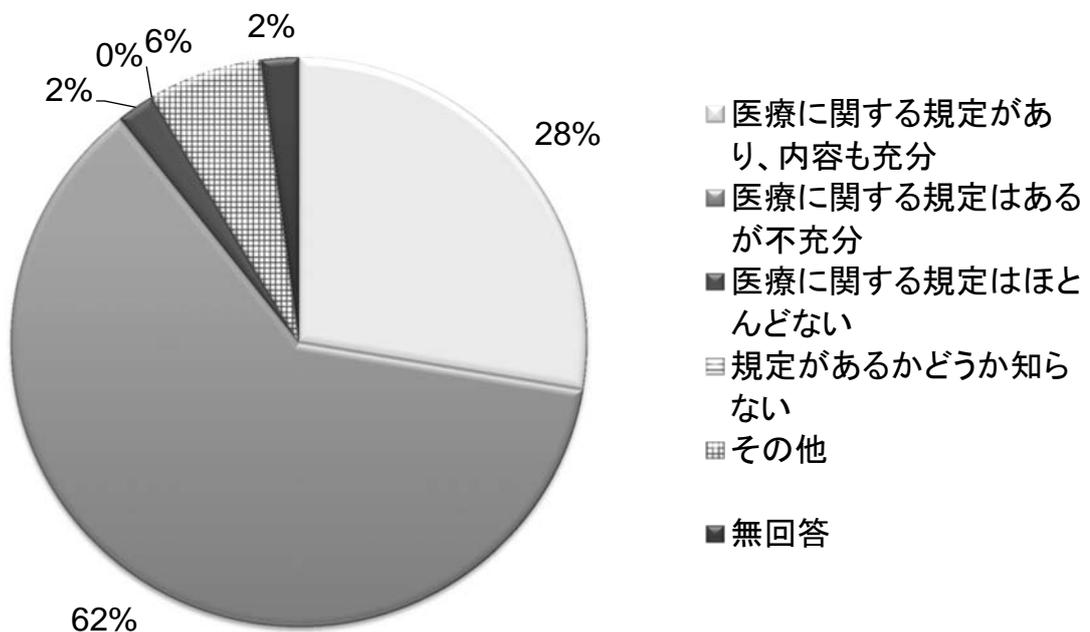


27

都道府県防災計画の 医療に関する規定（2015）

N=
2013:47
2015:47

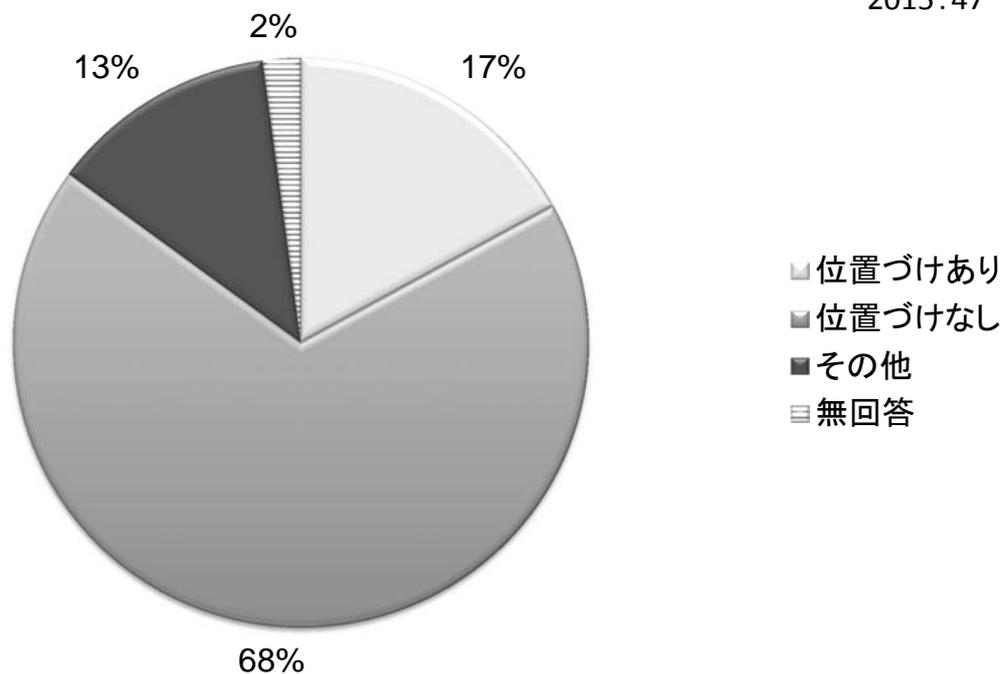
※ 全都道府県医師会が、災害対策基本法上の「指定地方公共機関」と回答



28

都道府県防災計画における J M A T の 位置づけ (2013)

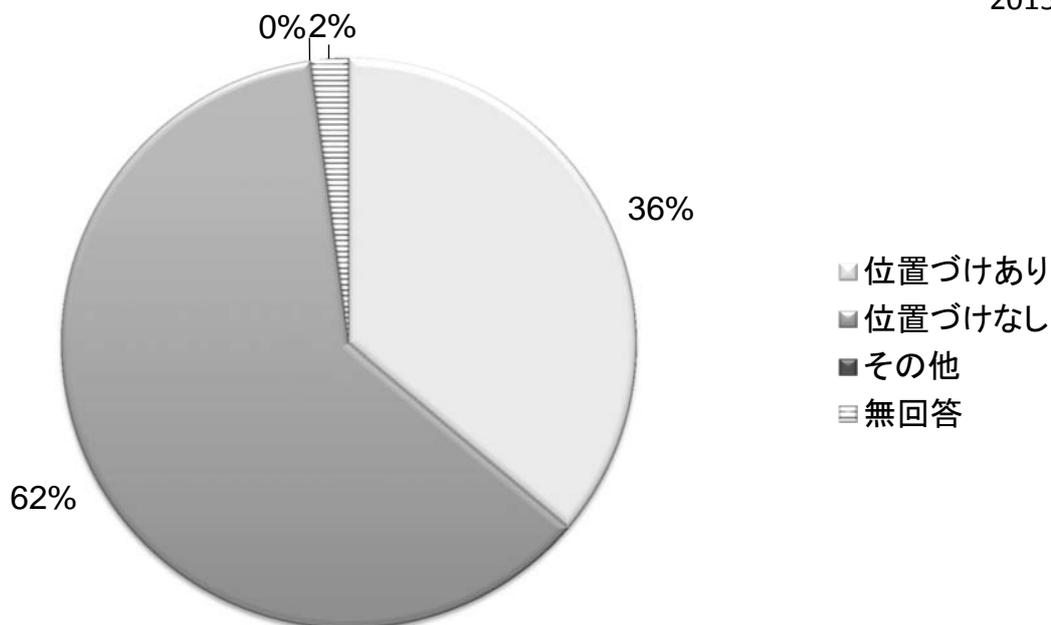
N=
2013:47
2015:47



29

都道府県防災計画における J M A T の 位置づけ (2015)

N=
2013:47
2015:47



30

東日本大震災からの教訓を踏まえ、見直された都道府県防災計画の医療に関する規定の主な概要、評価

- 震災後、ブロック内の他県との規定にドクターヘリの広域運用に関する項が付加された。
- 災害における医療体制の重要性に鑑み、平時における災害医療体制の整備に関する規定を新設したこと。
- 医療計画の見直しが行なわれ、災害医療コーディネーターチームが発足し、その医師要員は、秋田県医師会から推薦することになり、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、日赤からの推薦を受けた要員と共に、県医師会、都市医師会の医師がコーディネーターや連絡調整員となっている。
- 被災地の医療ニーズを的確に把握しながら、救護班の派遣調整や患者受入医療機関の調整を行なう医療災害コーディネーターを配置
- 医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、柔道整復師会との医療救護活動に対する協力体制を整備
- "初期医療体制の見直し県内外からのDMATの受入・指揮・統制・調整・支援を行うことを目的に、「DMAT県調整本部」が災害対策本部に設置されることになった。このことにより、迅速にDMATをコーディネートすることが可能となる。"
- 災害医療コーディネーターの設置や災害時薬事コーディネーターの指定、災害医療連携病院等の指定など体制の整備を行い、総合的な災害時への対応体制を整備した。
- 安定ヨウ素剤の配布体制の強化（事前配付、予防服用指示）
- 地震災害警戒本部の設置基準が明確になった。
- 東日本大震災の特徴的災害とされた「超広域災害」「液化化現象」「原子力災害」の対策の新規追加を
- 「受援」と「応援」の概念の違いを明確化するため、大項目として新たに記載。主に県外大規模災害時に、本県から応援派遣体制を担う県DMATや、各病院に設置する応援班、県医師会等医療関係団体等による応援派遣体制等について記載
- 災害医療コーディネーターの設置
- 市地域防災計画改定の後、医療活動関係について、本会の意見が反映され「JMAT」の位置づけや地域医師会との協力関係も記載されている。
- 県の地域防災計画に救護班として、「JMATへの派遣要請」の文言が追加された。災害医療コーディネーターについて、これまでは災害拠点病院の医師に限られていたが、「医療関係団体の代表者からの推薦に基づき知事から委嘱を受けた者」が追加され、今年度全県（本会役員）2名、圏域単位計22名の計24名を県医師会長名で先日県行政に推薦した。
- 「各医療圏における災害拠点病院、公的機関並びにJMATを構成する各団体との密接な協議・訓練・研修の実施」について県へ要望し、予算化。

31

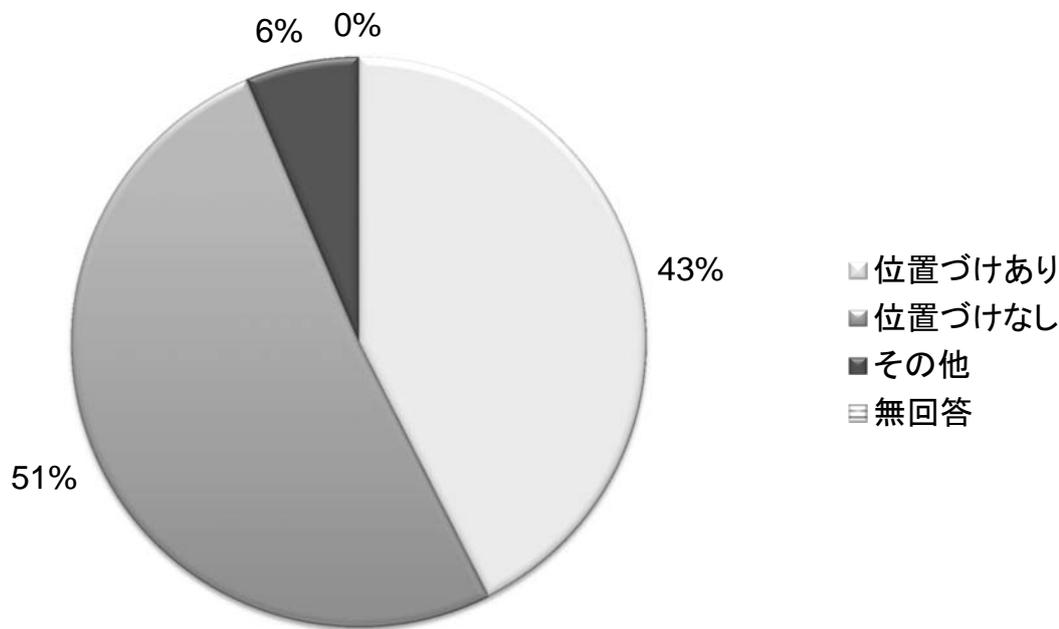
東日本大震災からの教訓を踏まえ、見直された都道府県防災計画の医療に関する規定の主な概要、評価

- 医療救護本部等の設置及び活動内容について新たに記載されるとともに、災害発生時の急性期に活動するDMATの機能、役割及び派遣体制について明記された。
- 災害拠点病院におけるDMATチームの複数整備、災害訓練の実施、ヘリポートの整備の促進を図ることが新たに記載された。
- 傷病者の広域搬送を行うための拠点（SCU）の設置の必要な体制を整備することが新たに記載された。
- 県災害医療活動指針の新設（県の災害対策本部が設置される大規模な災害の発生時において「県地域防災計画」における「救助・救急・医療活動・平時の準備（研修・計画）」などを具体的に推進するため、災害時の医療救護活動に係る基本的事項等を定めたもの）
- 県内には原子力発電所が有り、緊急被ばく医療活動体制の構成がはかられた。医療チーム、除染チーム、医療本部、搬送、行政、事業所からなっている。島根県医師会は、医療本部に属している。
- 「医療救護・助産計画」に、県災害時公衆衛生チーム、その派遣に当たり保健所職員からなる調査班を先行して派遣し状況把握、状況把握に基づいて被災者ニーズに対応した医師等の複数の専門職からなる医療救護班、保健衛生半を編成し派遣を追加。
- 災害医療体制の拡充が行われた。具体的には、災害拠点病院の相互連絡体制整備並びに通信設備及び応急資機材等の整備、DMATの増強や災害医療に精通した医療従事者（災害医療コーディネーター）を設置し、少しずつではあるが進展している。
- 東日本大震災及びそれに伴い発生した福島原発事故を受けての、佐賀県地域防災計画の主な修正点としては、「原子力災害対策重点区域（PAZ,UPZ）の導入」及び「原子力災害に係る避難計画策定の基本的な考え方」等が挙げられる。
- 県内外から参集する医療チームの受入や派遣に関しコーディネート機能を担う「災害医療コーディネーター」が設置され、「医療チームの派遣・調整に係る初動医療体制の整備を進めるものとする。」との条文が追加された。被災時の指揮・命令系統が明確となり、医療救護活動が期待できる。
- 災害医療コーディネーターの配置、SCUの設置について追記
- 平成25年3月に見直された県保健医療計画並びに沖縄県防災計画において、「県医師会災害医療チーム（JMAT）」が明記されたことは一定の評価ができる。

32

都道府県医療計画（5疾病5事業の「災害時における医療体制」）における J M A T の位置づけ（2013）

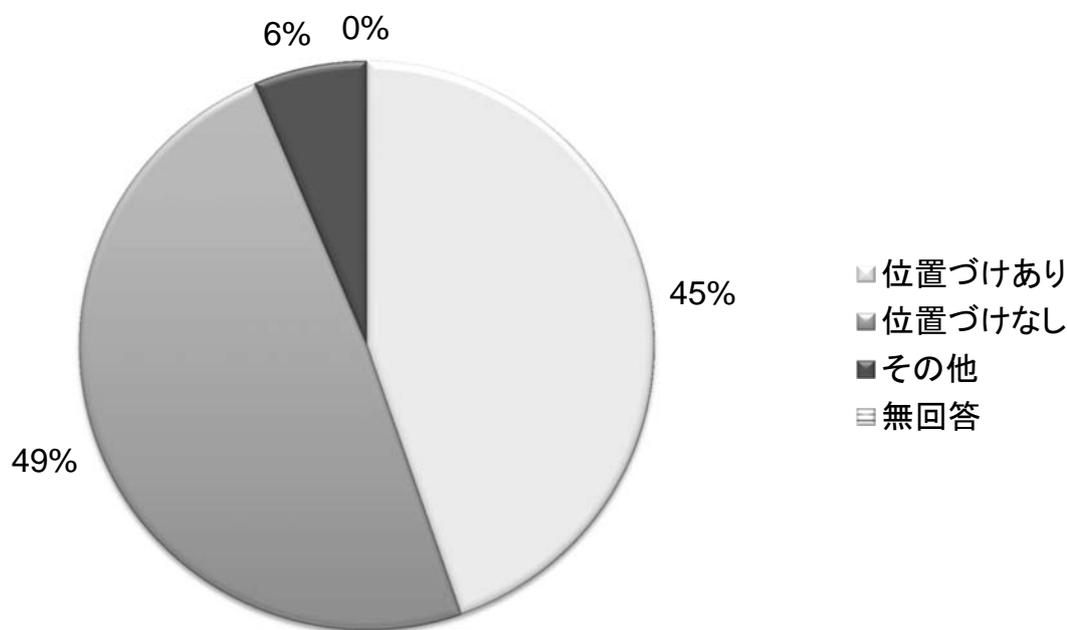
N=
2013:47
2015:47



33

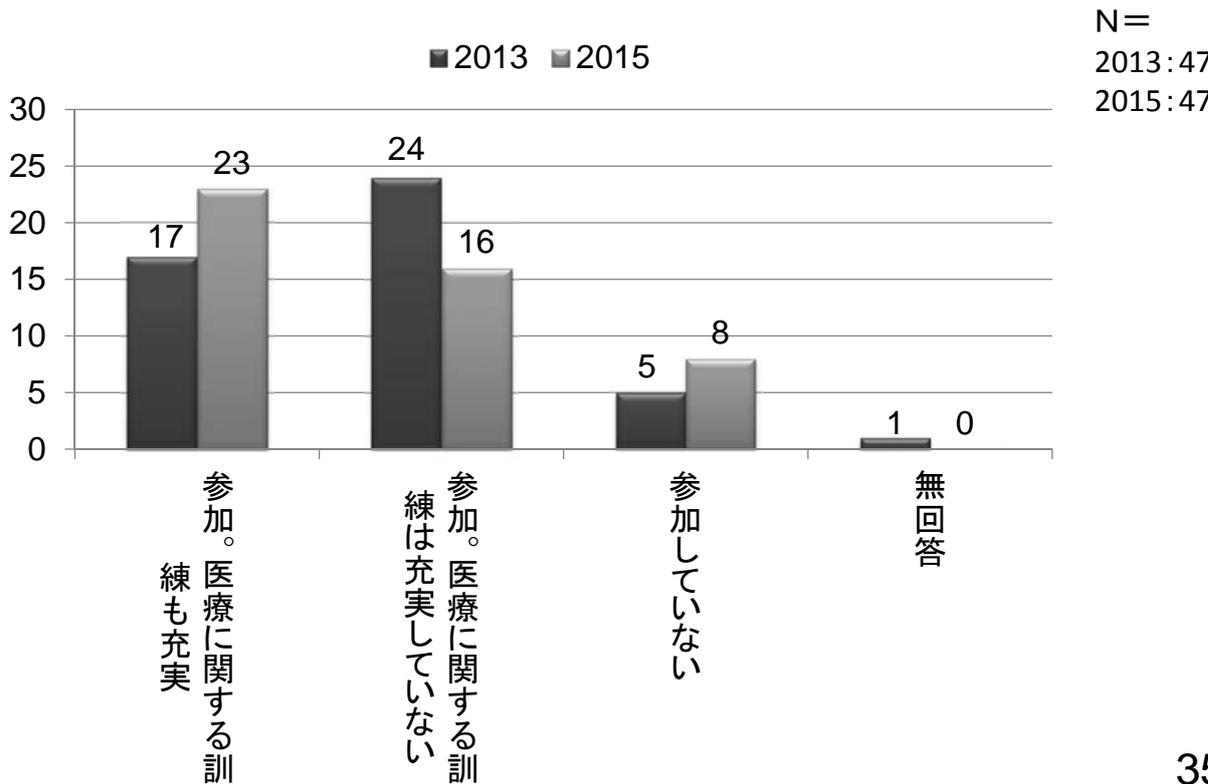
都道府県医療計画（5疾病5事業の「災害時における医療体制」）における J M A T の位置づけ（2015）

N=
2013:47
2015:47



34

行政当局が主催する総合的な防災訓練への参加（代表的なもの）



医療行政当局以外（警察、消防、自衛隊、海上保安庁等）との平時からの連携

あり: 16, なし: 27, 無回答 4

N = 47

連携の主な概要	
警察	死体検案等に関し、県警協力医会との連携 検視検案等の研修会（訓練）の開催（法医等三師会・警察連絡協議会*で年1回）団体構成：県医師会、県歯科医師会、県薬剤師会、県警察本部 県警察本部長委嘱による検視立会医制度、県医師会検視医研修会の開催 本会災害対策小委員会へオブザーバー参加 大規模事故災害等発生時の警察と医師会の覚書、県医師会と県警察の間における検視等に関する申合せを締結
消防 （消防本部、都道府県防災部局）	マラソン、ドクターヘリ事業 県救急業務高度化推進協議会、県救急搬送対策協議会への参加 本会実施の災害対策小委員会へオブザーバー参加 メディカルコントロール協議会、メディカルコントロール体制整備事業委託 救急災害医療問題の検討にあたり、消防より委員として参画、各種訓練の実施協力や声かけ。
自衛隊	「自治体防災部局等との連絡会同」への参加 陸上自衛隊：「県集団災害医療救護訓練」に参加・協力 自衛隊病院と今後の連携について意見交換を行ったり、陸上自衛隊主催の大規模図上訓練や企画調整会議等へ参加し、顔の見える関係を構築
海上保安庁	「東海地区洋上救急支援協議会」への参加 気管挿管実習等の事務作業 平成26年「南海トラフ大震災を想定した衛星利用実証実験」に際し、有事の際の相互協力申し合わせ
その他	

医療関係以外（保健・介護（介護福祉士会、栄養士会等）、防災関連、運輸・ガソリン等の災害関係団体との平時からの連携

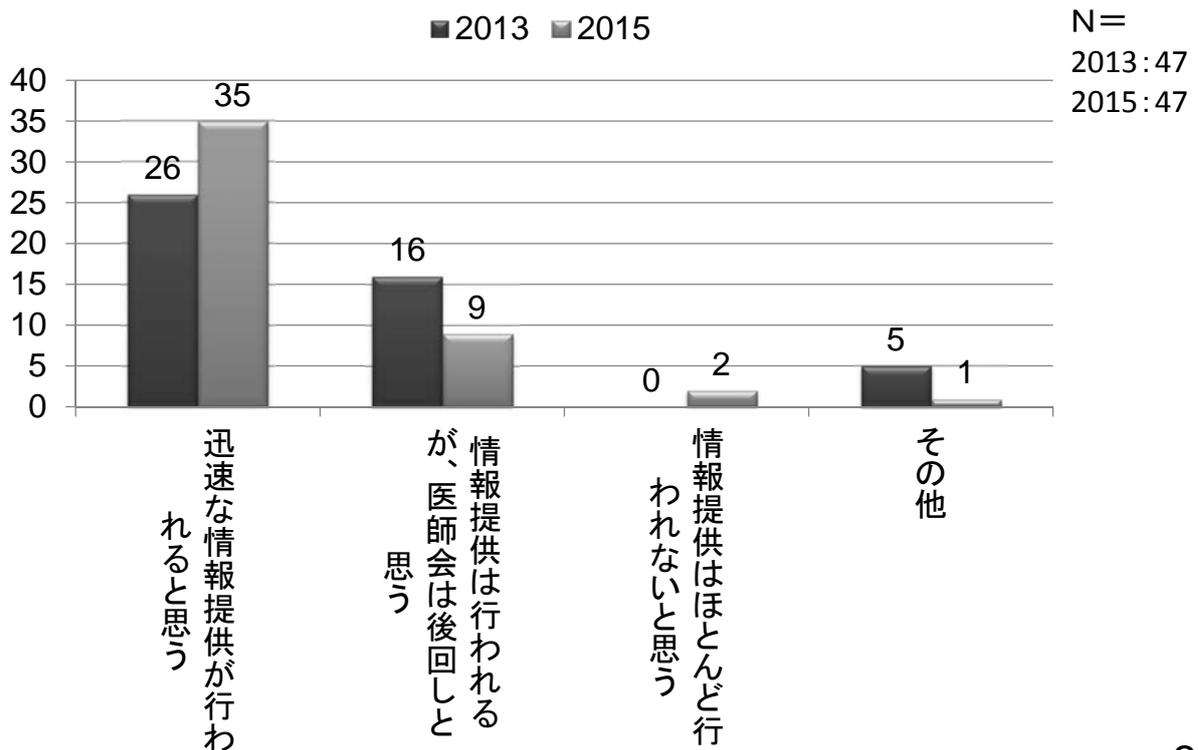
あり:6, なし:41, 無回答0

N=47

連携の主な概要	
保健・介護	県災害時HOT対策会議を会内災害医療委員会傘下に設置。緊急時HOT患者を早期に被災地から避難或いは、酸素供給できる退避場所の検討を行うべく、県内在宅酸素供給業者6社参加のもと、情報共有及び検討
防災関連	都道府県防災会議での連携
運輸・ガソリン	県と県石油商業組合との災害時協定に基づき、災害時における緊急車両・重要施設(病院等)への燃料の優先供給体制が整備
その他	県民医療推進協議会の中に大災害に対する多職種協働推進委員会を設置 栄養士会災害医療チーム(JDA-DAT)の研修会への講師派遣。 都道府県訪問看護ステーション協会との連携(同協会が被災した場合、本会館内に同協会対策本部を設置)日本病院ボランティア協会(「病院ボランティアの災害時マニュアル」作成) 日本アマチュア無線連盟(JARL)支部との「アマチュア無線による災害時応援協定」締結、訓練実施の予定

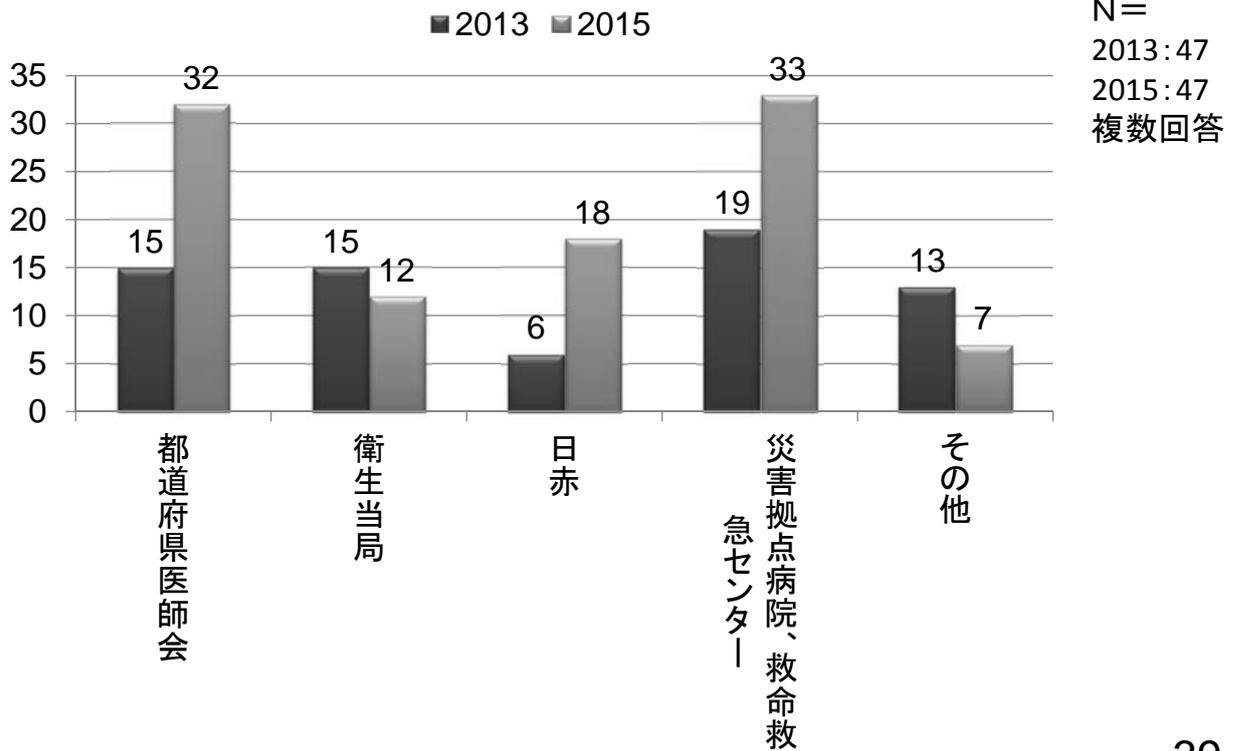
37

災害時における行政からの迅速な情報提供



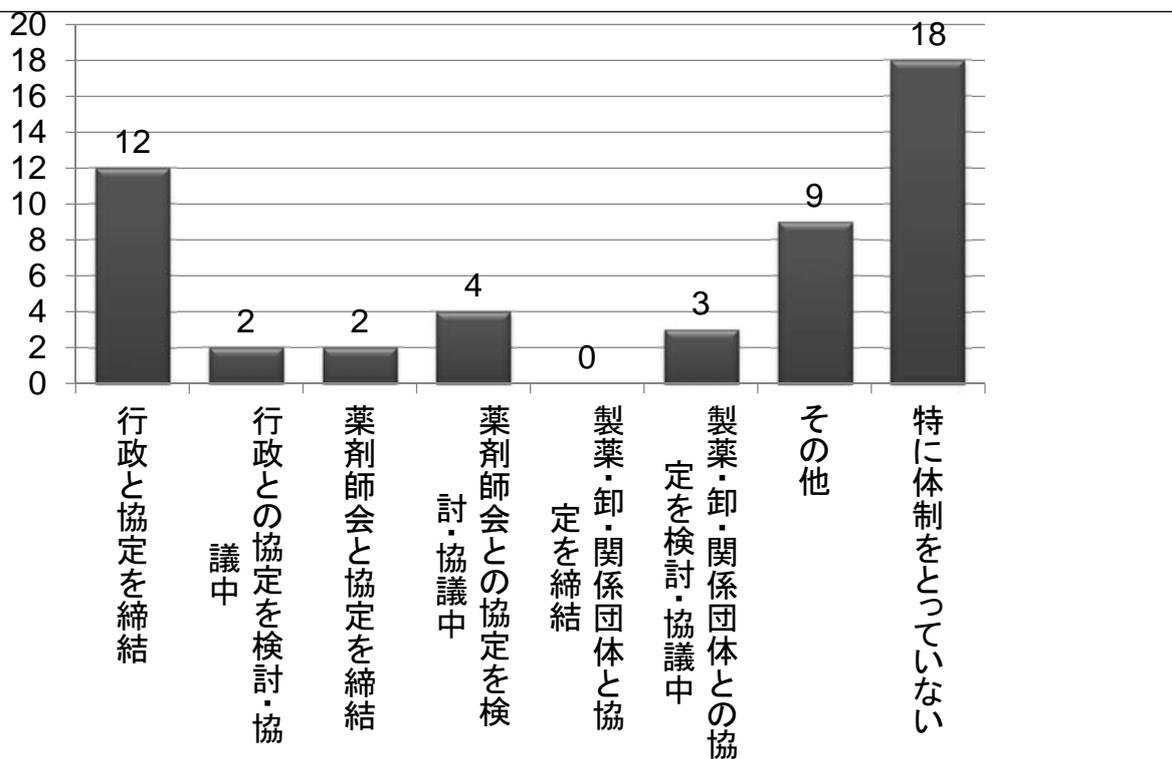
38

都道府県災害対策本部の 医療分野のコーディネーター



39

災害時における被災地医師会・医療機関やJMAT等が使用する医薬品の備蓄のため、行政や薬剤師会等との間でとられている体制



40

「記録的大雨による鬼怒川の堤防決壊での活動」のヒアリング概要

文責 地域医療第一課

第6回救急災害医療対策委員会より（平成27年10月29日開催）

（1）常総市鬼怒川水害におけるJMAT茨城の活動報告 海老原次男茨城県医師会常任理事

- ・今回の水害は全国9都県から、応援の申し出をいただいたが、何とか県内JMATで対処できたのは、二次医療圏でとどまった局所的被害であったためである。義捐金もいただき、県内の被災地の病院に配付させていただいた所であり感謝している。
- ・JMAT茨城は他都道府県に比べ、かなり遅れて発足した。従来、茨城県では四師会（医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会）とともにそれぞれ個別に県と協定を結び、災害時の要請に応じて避難所活動を行っていた。四師会でのチームで活動した方がいいと思っていたため、2012年からJMAT茨城を名乗り、茨城県総合防災訓練に参加することとなった。2014年3月には四師会によるJMATの協定も締結された。
- ・JMAT茨城の組織強化として、郡市区医師会に衛星電話を配布したり、他団体との懇談会でアピール等をしている。茨城県災害医療コーディネーターには今年の7月時点で5名（医師会2名、DMA T 2名、日赤1名）が拝命している。
- ・9月10日12時50分に鬼怒川が決壊し、その日の夕方に災害救助法が発令された。翌日の朝9時に災害本部より、県災害医療コーディネーター活動が発令。12時20分に常総市と県からJMAT茨城の派遣要請があった。その夜、JMATの打合せを行った。JMAT茨城本部を筑波大学附属病院に借用し、北部は日赤チーム、南部はJMATが担当とすることを決めた。
- ・一番被害が多かったのは、市役所がある常総市の南部であった。三日間程、水に浸かっていたらしい。
- ・ヘリコプターでの救助は、自衛隊、警察、消防、海上保安庁で55機が救助活動を行った。最初は被災者を見つけ次第吊り上げたが、決壊した翌日は合議して、北部は自衛隊、真ん中は右と左で警察と消防、南部は海上保安庁が行うようにしたようである。地上の救出者も10日間で3千人弱。
- ・リハビリチーム（JRAT）やこころの支援チーム（DPAT）も最初から本部に集結し、参加していただいた。これが非常に良かったと思う。発災直後、全盲の方や杖や車いすを無くされた方がいたり、引きこもりや統合失調症の方もいたので、非常に助かった。
- ・医薬品は県と卸組合との協定で準備が完了し、翌日には足りない分をすぐに持ってきていただけた。処方箋はJMAT要綱では3日分であったが、今回5～7日分処方した。避難所は

6日で撤収したため、再処方がいらなかったため、結果的に良かった。

- ・12日の夕方に報告会を行い、13日はニーズが分かってきたので活動内容を少し組み替えた。また、栄養士会と鍼灸師会にも参加いただいた。14日にはDMAT活動の終了が決定した。15日になると避難所も充実されてきていたため、16日に撤収を検討し、翌日縮小してから撤収をした。

- ・活動内容は、避難所の巡回診療はもちろん、避難所の保健師や職員がほとんどいない状態であったため、そのニーズや周囲の状況を把握するということであった。集団としての災害支援は大体3千人以下になると余り必要がなくなるのではという教えもいただき、2千人弱のところまで撤収をしてきた。

- ・カルテは県の総合防災訓練の時に使用した、J-SPEEDを使った。J-SPEEDが実際に使われた初めてのケースである。

- ・6日間の活動であったが、災害関連死者はゼロだった。

- ・JMAT茨城は毎日5チームが活動を行っていた。

- ・保健師の支援は、大きな避難所には保健師はいたが災害時活動も未経験者が多く、小さな避難所にはいなかったため、近県から県が要請した35名、厚生労働省から17名、総勢52名の災害時活動に慣れた方に各避難所に入らせていただいてから、避難所運営がスムーズになった。

- ・災害医療コーディネーターの指揮に関しては全然話し合いがなかったため、つながりのあるDMATの先生と調整をしていた。近県からの救済の申し出もあったが、何とか県内でできそうだったため、来ていただかずに済んだ。

《救急災害医療対策委員会委員からの意見》

- ・関東ブロックの相互支援協定があったため、他県からの活動支援について日本医師会から茨城県医師会へ提案を行ったが、県内でできると回答が今回あった

- ・茨城県医師会から日本医師会にJMATの派遣要請がいつあっても良いように、事務局は12日の土曜も出勤し、13日の日曜は携帯電話番号とメールアドレスを県医師会に伝え、いつ要請があっても対応できるようにしていた。

- ・県の災害対策本部にずっと常駐していた医療関係者はいなかった。逆に言えば、現地の対策本部ですべて動いていたということだと思ふ。

- ・海上保安庁は所掌事務上では海上における事件・事故対応となっている。陸上での活動を行う場合、関係省庁からの要請があった場合に行くスキームになっているが、今回は堤防の決壊をニュースで見て、海上保安庁、東京都が独自に判断して各基地に出動指示を出した。

- ・日赤が先遣隊を行っていたので、12日の朝には避難所の場所や人数について情報が分かっていた。
- ・災害医療コーディネーターとして活動している間、自分たちの診療所や病院をどう守るかも考えなければならぬと感じた。
- ・今回は日替わりでコーディネーターは活動していた。今後はチームを事前につくっておく必要があると思った。
- ・最初、日赤は動かなくていいと言う話もあったが、本部が出動命令を行った。とても速い対応で、JMAT派遣が終わった後も日赤は滞在してくれたため、非常に助かった。
- ・大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会（JRAT）と県には全然協定がないため、県には、DPATを含めJRATも県の協定に入れることやコーディネーターも医師だけではなく、薬剤師や看護協会も入れていただくよう申し入れをした。

（２）DPATの活動について 渡路子DPAT事務局次長

- ・災害時の精神科医療は「こころのケアチーム」として、阪神・淡路大震災の頃から活動はあったが、組織として何も確立されていなかった。東日本大震災以降、厚生労働省が要綱を作成し、精神科のチームとすることのでつくったのが「DPAT」である。国と都道府県単位でチームをつくることになっている。
- ・8月末にDPAT事務局を厚生労働省の委託事業として、日本精神科病院協会が委託を受託し、9月にこの災害が発災したため、事務局が全くない環境で活動を始めた。
- ・JMAT茨城（災害医療コーディネーターを含む）の下に他の団体と同じ形でDPATも入り、活動を行った。
- ・9月10日にまずDMATの事務局に1名人員を派遣し、精神科の医療機関の情報を収集した。今回、精神科の病院は大丈夫そうだとしたことだったため、筑波大と県立のこころの医療センターの先生が派遣することとなり、県外派遣は必要がないということが分かった。
- ・しかし、現地のコーディネーターのパワーが足りないということで、コーディネートの調整のための人員が欲しいと県から依頼があったため、現地入りした。
- ・DPATと他のチームと一番違ところは、DMATやJMATが撤収された後も活動をしなければいけないということが精神の特徴である。医療本部が17日に終了するになった報告を受けて、日赤のこころのケア班と合同で本部を別途常総市にもう一度立ち上げ直して、活動を続けた。
- ・避難所には、普段精神疾患を患っているが未治療の状態ですべて閉じている方が一気に集まってくる、精神疾患の問題が顕在化するケースが急性期には特にある。この災害時には未治療

の総合失調症の方で、本来は保健所が介入し、非自発的入院をさせなければならない方を保健所では対応できなかったため、D P A Tが搬送を肩代わりし、医療保護入院をさせたケースがあった。精神科の非自発的な入院を含めた入院ケースは4件あった。精神科救急のような要素が初期にはあることが分かった。

- ・精神科は割と最初の方から活動をしており、D M A Tと繋ぎながらJ M A Tの指揮下に入り、医療が撤収してからも公衆衛生、保健の方にも繋がっていくような活動をするようになる。本当に連携が命というようなチーム活動だと思う。

- ・今までのこころのケアとD P A Tとの違いをよく質問される。国際的にも一般的に災害時のこころのケアと言うと、専門的なサービスからコミュニティや家族・地域での支援、心理・社会的支援まで広く含めて、こころのケアと言っている。D P A Tは、災害時の精神科医療ということに特化することを言っている。

- ・具体的には、地域の精神科医療機関の機能を補完しようと言うこと。精神科の専門チームは必要だと思っている。

- ・心理・社会的な狭義のこころのケアについては、医療的なバックアップを行い、D P A Tの傘の中でしっかりと精神科については統一して行っていきたい。

- ・支援者の支援について、現地の精神科の統括を行っていた医師が、最初の頃、二つ持っていた携帯がずっと24時間電話がかかってくる、全く数日寝ていない状況になってしまった。そのため、その医師を助けに行くため、D P A T事務員を派遣した。統括される先生、窓口となる先生の初期の支援は本当に大切だと思う。その後の一週間は市の職員の方がかなり過労状態になっていた。診察もさせていただいたが、組織的に配慮してほしいとアドバイスを行った。

- ・精神医療は急性期から問題が発生し、トラブルも起こりやすい。

- ・精神科医は集団で動いたり、指揮命令系統のなかで動くことが不得意な先生も多い。D P A Tの訓練を受けた先生やD P A Tの派遣隊の先生をぜひ入れていただければ、スムーズに進むのではないかと思っている。

- ・小児の問題があった場合、小児科の先生に連絡するようにはしていたが、今回は小児科のニーズはあまり高くなかった。

- ・D P A Tは13日に現地入りをしてから、現地の状況が見えてきた。