

報告

平成27年度第3回都道府県 災害医療コーディネート研修

北海道医師会救急医療対策部会員（余市医師会）
社会福祉法人北海道社会事業協会理事長
同余市病院院長 **吉田 秀明**

去る3月19日（土）・20日（日）に日本医師会館で開催された平成27年度第3回都道府県災害医療コーディネート研修について報告する。

本研修会は、平成26年度から、毎年、全国の都道府県を3ブロックに地域分けして催しており、今回は、平成27年度最後（3回目）の研修会であった。

受講者は、北海道から関東甲越までの各都道県（長野県は含まず）から3～4名（1名は行政担当者）が参加し合計60名であった。北海道からは、札幌医科大学救急医学講座 成松教授、旭川赤十字病院 住田副院長、道庁保健福祉部地域医療推進局地域医療課担当主査と小職の4名が参加した。

【研修プログラム】

以下のとおり、二日間とも9時から17時過ぎまで隙間なくA講義・Bグループ討議・C演習が行われた。

○3月19日（土）

- ・講義1 都道府県災害医療コーディネートの意義（山形県立中央病院 森野一真）
- ・講義2 都道府県災害対策本部の実際（岩手医科大学 眞瀬智彦）
- ・講義3 市町村レベルからみた都道府県災害医療コーディネート（東北大学病院 石井正）
- ・講義4 危機管理と組織マネジメント（日本医師会総合政策研究機構 永田高志）
- ・グループ討議1
都道府県レベル災害医療コーディネートの実際：組織づくり（山形県立中央病院 森野一真）
- ・講義5 危機管理総論（Harvard University Stephanie Kayden）
- ・講義6 各機関の災害対応、連携
 - 6-1 内閣府（政策統括官（防災担当）付参事官（災害緊急事態対処担当） 荻澤滋）
 - 6-2 消防庁（消防・救急課救急企画室専門官 寺谷俊康）
 - 6-3 防衛省（防衛省統合幕僚部 清住哲郎）

- ・グループ討議2
都道府県レベル災害医療コーディネートの実際：ニーズの把握と対応（武蔵野赤十字病院 勝見敦、山形県立中央病院 森野一真）
 - ・講義7 医薬品・医療資機材の供給（日本医科大学千葉北総病院 渡邊暁洋）
 - ・講義8 災害医療提供と法令（川崎市健康福祉局 坂元昇）
 - ・グループワーク1
行動計画立案1（札幌医科大学/北海道消防学校 水野浩利）
 - ・講義9 行動計画（防衛省統合幕僚部 清住哲郎）
 - ・グループワーク2
行動計画立案2（日本医師会総合政策研究機構 永田高志）
- 3月20日（日）
- ・グループ討議3
行動計画（ワークショップ）（日本医師会総合政策研究機構 永田高志、東京都危機管理監 田邊揮司良）
 - ・グループ討議4
都道府県レベル災害医療コーディネートの実際：受入と派遣（長岡赤十字病院 内藤万砂文、山形県立中央病院 森野一真）
 - ・講義10 救護班とは（日本赤十字社医療センター 丸山嘉一）
 - ・講義11 生活支援における災害医療活動（国立保健医療科学院 金谷泰宏）
 - ・総合演習（山形県立中央病院 森野一真）
 - ・グループ討議5
都道府県災害医療コーディネートの現状と課題（山形県立中央病院 森野一真）
 - ・閉会 厚生労働省医政局地域医療計画課専門官 葛西毅彦

【内容】

まず、大規模災害における医療コーディネートの必要性と、それを担当するコーディネーターの実際の役割についてA、B、Cを組み合わせながら研修が進んだ。今回の研修は最終的に、首都直下型地震で東京・神奈川・埼玉・千葉などに甚大な被害が起きることを想定して、被害の軽微な道や県がどこにどのように支援に入り、どう振る舞えば良いのか、具体的な行動計画を立案することが主眼であった。

その第一段階は組織作りである。現在、災害医療コーディネーターはどこに何人居るかということ、北海道と富山県は0、青森県と茨城県が最近配置と、遅れている状況。一方、東京都をはじめとする関東各県と東日本大震災を経験した東北の各県では、都庁・県庁に数名と区市町村などに配置され、それぞれ合計数十名の配置が為されている。

課題は、行政担当者と医師会、消防、警察、自衛隊等との連携体制の構築が不十分であること、権限

や役割の範囲が明確でないこと、情報収集と整理・連絡手段の確保の具体策、などと思われ、とにかく人員と訓練がまったく不足していると感じた。

また、災害時の医療支援にかかわる法的知識は、いままで無かったのでとてもためになった。

たとえば国に対する要請も市町村から知事に上げて、知事から内閣に上げるとスムーズにいく、自衛隊への要請もやはり知事から、といった具合に、行政組織の長の権限(責任)の大きさを初めて知った。

また、法に基づいた行動には予算が手当て(保証)されるという仕組みは是非知っておかねばならないことであった。

次に、行動計画の立案について、後方支援(医療)担当責任者の一等海佐の講義はわかりやすく、参考になった。目的⇒戦略⇒目標⇒戦術、の順に計画し、振り返りはその逆順に、ということである。

例えば、「被災地において救える命を救う(目的)」ために「北海道のコーディネーターチームが当該災害医療対策本部の指揮下に入り、任務の一部を引き受ける(戦略)」そして「3日間、できるだけ多くの重症者の治療・移送を行う(目標)」そのために「DMATを10隊投入、緊急車両はコーディネーター班が本部と掛け合って調達、移送先はSCU(戦術)」といった感じで段階的に具体化していくのが要点とのこと。

興味深かった講義の一つにHarvard大学のKayden教授(救急医)によるICS(Incident Command System)の紹介があった。2013年4月、Bostonマラソンのゴール近くで圧力鍋を改造した爆弾が爆発し、3人の死者と264名の負傷者(うち131名が病院)が発生した事件を実例にお話しされた。概要は、
①上級医が“Code Amber”を宣言した場合、病院の指揮官はその医師とする。
②多数の重症者が搬入されると想定し、予定手術はすべてキャンセルし、救急部のベッドも空ける。
③外科、整形外科、救急医、手術室スタッフは、トリアージと緊急手術に備える。
④上記と同時に、ICS room(常設の特別な部屋、司令センター)に事務担当などのスタッフが参集し、受け入れの準備を整える。

というシステムで、Bostonの事件では、爆弾爆発から5分後に通報がありその6分後にはKayden先生が“Code Amber”を宣言、当時満床だった救急部(66床)を30分で60床空け、すべての手術室を準備、宣言の36分後に第一例目の手術が開始されている。

結局1時間で23名が搬入され7時間半後には手術が必要だった10名すべての処置が終了していた。

お話をうかがって驚いたことがある。まず、Incidentの場合、すでに救急部で診療中の患者であっても、すみやかに帰宅または転送しても法的に問題無いとのことであるが、わが国の国民はどう反応

するか、病院の責任問題などはどうなるか難しいかもしれないと思う。賞賛すべきは、平時からこのシステム(部屋、資器材)を準備し、病院では頻回に、警察や救急隊を含めた大規模な合同訓練を半年ごとに重ねてきたことである。やはり緊急事態に対する備えと、顔の見える関係を築く意味でも訓練を重ねることが肝要、と強調されていた。また、“Code Amber”を宣言した後にさらに上級の医師が駆けつけてきた場合、指揮権限が委譲されること、逆に言えば、緊急事態の際には病院長以外の医師に病院全体の指揮権が付与される取り決めになっているということであるが、これはきわめて合理的である。

最後に、研修会で感じた問題点は、コーディネーターの役割、責務と権限などが不明確であること、行政側の担当者がまったく不足していることである。それと、既にあるのかもしれないが、関係各組織・機関との連絡に必要な具体的な連絡手段と相手の一覧表が必要と思った。

今回は首都直下型地震による倒壊・消失家屋60万棟以上、負傷者12万人という想定でのグループワークと、それを前提とした人口規模150万人の仮想県が地震と津波で甚大な被害が出た、との想定での総合演習であったが、理解度と練度の低い我々には、数字が大き過ぎたと思う。もう少し小規模の設定から順次大規模にしていってはどうか。

【まとめ】

このたびの研修会の成果を北海道に持ち帰るとすると、なすべきことはまず、組織作りである。

最高責任者は北海道知事と決まっているが、実働する組織を階層ごと(北海道、各二次/三次医療圏、市町村)に構築し、具体的な連絡手段と相手の一覧表、陸海空の輸送手段と規模の洗い出しなど、すでに防災計画に盛り込まれているものもあると思うが、緊急時に計画書を読まなくても初動できるよう、運用する訓練を重ねるべきである。

北海道は平時の救急体制でさえまならないのが実情であるが、災害救助にかかわる法令を有効活用し、関連する諸機関で顔の見える関係を築くことができれば、予想外の力を発揮できるかもしれない。

【謝辞】

今回、北海道ならびに北海道医師会の推薦により「都道府県災害医療コーディネーター研修」を受講させていただいた。多くの知見を得たこと、また、御活躍中の諸先生と親しくお話しさせていただいたことは、きわめて有益であった。関係の皆様にご場をお借りして深く感謝申し上げます。