報告 REPORT

令和６年度救急医療対策部会 全体会議

常任理事・救急医療部長　白崎（しらさき）　修一（しゅういち）

標記会議を去る１月26日（日）、各郡市･医育機関医師会担当役員および救命救急センター長等である部会員に出席いただき、札幌市においてWebを併用して開催した。

はじめに松家会長から挨拶があり､住田部会長(余市協会病院)、荒川副部会長（北見赤十字病院）ならびに奈良副部会長（手稲渓仁会病院）の進行により議事に入った。小職から当会の救急医療部関連事業を、奈良副部会長からメディカルウイングについてそれぞれ報告した後、「能登半島地震における医療支援活動の実際と平時からの備え」と題してシンポジウムを行い、実際に支援に携わった５人の演者から、活動内容や課題等についてそれぞれ講演いただいたので、その内容を紹介する。

◇

DMAT（災害派遣医療チーム）

札幌医科大学医学部救急医学講座　助教　水野　浩利

北海道DMATは、全国規模でみると４次隊として18チーム（18病院)、６次隊として25チーム（21病院）が活動した。４次隊は、全国から現地の活動拠点本部に参集し、そこで具体的な派遣先を調整・決定した。６次隊からは、同一地域内DMATによる活動の継続性や円滑な引継を目的として、「エリアライン制」(派遣前にあらかじめ派遣先が調整・決定され、現地で引継ぐことにより長期派遣する仕組み）が採用された。北海道で相当数の派遣チームを確保し、18日間に渡って25チームが切れ目ない支援を行うよう調整したことにより現地本部の負荷は軽減された。北海道DMAT調整本部は、札幌医科大学附属病院・災害地域医療支援室に設置した。多数のチーム派遣要請に応える調整に苦労したが、派遣障壁をクリアするために様々な情報提供（現地までの推奨ルート、レンタカーの確保、宿泊先情報、トイレ・コンビニマップの作成、情報連絡会の開催等）を行った。結果的に、北海道内でDMATチームを有する37病院のうち27病院から、計43チームが派遣される大規模な派遣となった。規模の大きな病院だけでなく、200床未満の医療機関からも積極的に派遣された。経営主体でみると、国立、大学、民間病院はすべて派遣したが、公立、公的病院では一部派遣できないケースがあった。支援者側の環境も悪く、現地の高速道路は片側車線が崩落している箇所が多々あった中、一番の問題は「水」であった。トイレがないことがここまで支援活動に影響するとは想定していなかった。今後、道内の災害でも解決すべき課題である。能登半島地震支援を踏まえた本道における課題は、アクセス制限の観点から、沿岸部、孤立地域に配慮した対策が求められる。急性期に医療従事者の現地アクセスが制限される事態が懸念され、例えば、根室半島の根本部分の道路が寸断した場合、先端部分へのアクセスが困難になる。また、病院・施設・避難所は、事前にインフラ等の脆弱性を評価し、対策を検討しておかなければならない。さらに、寒冷期に支援者を支援する準備も欠かせない。冬季の災害は環境が悪く、全国各地のチームが支援に来ても空港に取り残されることがあり得るので、高齢化率の高い地域は、入院患者や施設入所者にどう対応するのか、事前に検討する必要がある。

DHEAT（災害時健康危機管理支援チーム）

北海道保健福祉部　技監　人見　嘉哲

DHEATとは、基本的には保健所が保健所を支援する仕組みである。東日本大震災時の「行政をサポートすることが早期復興につながる」という教訓から構想が生まれた。熊本地震での先行的応援派遣を経て、2018年（平成30年）３月に、活動要領が発出され、同年９月に発生した北海道胆振東部地震では、道内で実際に北海道DHEATが活動した。制度上は保健所支援を想定しているが、能登半島地震では県庁や市町行政本体への支援が中心となった。まず石川県保健医療福祉調整本部に入り、他県と連携しながら調整機能の支援を行った。その後、状況の悪い市町に優先順位をつけて順にチームを派遣した。現地では「水」と「宿泊先の確保」に苦労した。能登半島地震では、様々な情報ツールが活用され、避難所では災害時保健医療福祉活動支援システム（以下「D24H」という。）が、支援者の健康観察には外部支援チーム向けの「支援者健康管理版J-SPEED」がそれぞれ活用された。「D24H」は、避難所からの報告に基づき、規模と分布を可視化することができた。しかし、「D24H」によるリアルタイムでの把握はできなかった。D24H」による避難所評価に基づき、県は被災市町の「避難所監視・支援体制」を確立した。県と市町間の情報共有を進め、徐々にpush型支援から被災市町によるpull型支援に転換した。また、市町の機能回復に合わせた外部支援の調整と支援スケジュールを策定していくよう、石川県に情報提供した。冬季の能登地域での活

動は、道路や上下水道設備が寸断され、過酷を極めた。宿泊場所がない中、支援チームの派遣期間は長期に渡るため、外部支援チームの継続的派遣には「健康管理」が必須となった。発災以降、自治体職員は強い使命感のもと住民保護に従事しており、行政職は災害対応時に極端な職務環境にさらされ疲弊する。しかし被災地職員は特別な訓練等を事前に受けていないため、行政職の疲弊対策としてのスクリーニング体制がないと、体調不良に気が付くことができない。今回は「J-SPEED」を活用して、行政職員の健康状態を可視化し、支援の配分量や方法を科学的に分析した。県庁支援のDHEATチーム内には、県庁業務経験がある者がおり、県庁と県庁所在地の保健所が平時から良好な関係を築き、受援体制を整備することが望ましい。中央省庁と被災県の情報共有のあり方は、あらかじめ情報を整理し関連させる訓練が必要である。一般の行政職員も、基礎知識として災害関係事項をあらかじめ知っておくべきであり、併せて、災害対応のDX化を進め、高齢化社会の避難を支える介護人材の組織化が急務である。

JMATロジスティクスチーム（避難所支援チーム）

日本赤十字北海道看護大学　教授　根本　昌宏

現地では全３クール出務し、第１クール（R6.1/11～1/15）と第２クール（R6.1/18～1/23）は北海道DHEAT管轄下で、第３クール（R6.1/27～1/31）は日赤北海道支部の管轄下で活動した。今回の活動にあたり、従来の日赤の救護班や専門職派遣にはスキームがなかったが、北海道医師会の役職員の尽力により、JMATの身分が保証され、安心して支援に専念することができた。第１クールでは、段ボールベッドを１台も設置することができなかった。現地に搬入された場所が把握できず、さらに多くの規格のベッドが無計画に手配され、耐久性が低く使用に耐えないベッドもあった。住民にベッドの組み立て方を説明しても、なかなか理解が得られなかった。そこで、一人一人に、感染症予防や安眠を得られること、組み立て後のベッドの段ボールの中に私物を収納・整頓して避難所環境が改善することなど、ベッド利用の効用を丁寧に説明し納得してもらった。今後、物資の確保に加えて、ゾーニングができる人材を育成する必要がある。段ボールベッドの設置を通じて避難所の環境が調整されると、衛生面が向上するだけでなく、家族単位のユニットが形成されて安心感が増す。避難所内に「住所」ができ、保健師班の巡回がスムーズになるので、住民と支援者の目線が近づき、対話が円滑になる等のメリットがある。「D24H」のラピッドアセスメントシートにおいて、段ボールベッドはチェック項目の一つに過ぎず、すべての避難者に行き届いていることが確認できない。超急性期の段階から、すべての避難者にベッドが支給される（雑魚寝していない環境を作る）ことが求められる。今回の支援に当たり、様々な規格のダンボールベッドが乱立した。最低限必要な要件は、①組み立てた段ボールの中が空洞で収納ができること、②90センチ以上の幅があって寝返りが打てることの二点である。国の中央防災会議が検証した報告書では、現在全国に60種類以上ある規格を災害時に統一することや不十分な耐久性についての言及があり、改善の取組みについても記載された。また、内閣府の「災害対応検討ワーキンググループ」の報告書では、避難者支援や避難者の生活の項目が取り上げられ、開設時からパーティションや段ボールベッドを設置することが盛り込まれた。これをどのように実現していくか、開設主体の市町村とともに検討していかなければならない。暖房やトイレの確保、食事・栄養の重要性も指摘されており、非現実的な災害訓練から脱却し、災害が起こることを前提とした事前対策が必要である。避難生活が始まった瞬間から、保健・医療・福祉が介在し、住民が病まない生活対策を進めていきたい。

JMAT（日本医師会災害医療チーム）

森山メモリアル病院　院長　丹野　克俊
（JMAT北海道統括責任者）

JMATは、被災者の生命及び健康を守り、被災地の公衆衛生を回復し、地域医療や地域包括ケアシステムの再生・復興を支援することを目的とする災害医療チームである。最大の使命は、被災地に地域医療を取り戻すことである。JMATの役割は、主に、災害急性期以降における避難所・救護所等での医療や健康管理（災害前からの医療の継続）であり、被災地の医療機関への円滑な引継に至るまで、多様かつ広範囲に及ぶ。具体的には医療支援や健康管理はもとより、公衆衛生に関する行政支援や医師会への支援、検視・検案も含み、被災地のニーズに合わせた支援が求められる。チーム構成は、医師１名、看護職員２名、事務職員（業務調整を担うロジスティクス）１名を基本とするが、職種や人数は現地ニーズを踏まえ柔軟に対応することとされている。また、チーム員は必ずしも同一の医療機関・団体に所属している必要はなく、実際に私自身も手稲渓仁会病院のチームに同行する形で支援活動を行った。日本医師会は１月１日に災害対策本部を設置し、３日に先遣（被災地）JMATを派遣した。４日には石川県医師会から日本医師会にJMAT派遣要請があり、７日に石川県庁内に石川県JMAT調整本部を、同日、公立能登総合病院にJMAT七尾（能登中部）調整支部をそれぞれ設置し、９日の日本医師会災害対策本部会議では、事務職のみで構成するJMATロジチームを創設した。16日には、アクセス困難地域だった能登北部に調整支部と金沢以南調整支部をそれぞれ設

置した。JMAT北海道の支援内容について、まず、（第三席で講演された）日本赤十字北海道看護大学の根本先生を、段ボールベッド設営の避難所支援のため派遣した。１月11日には、厚生労働省から各都道府県に対して災害救助法に関する事務連絡が発出され、都道府県知事からの要請がなくても被災地活動にかかる費用負担が担保されたことを受けて、同16日から派遣を本格化した。能登北部では主に病院・診療所対応を、金沢以南では主に避難者対応を行なった。１月22日に日本医師会より北海道医師会に対し、石川県庁に設置しているJMAT調整本部に統括JMATの派遣要請があり、29日より派遣を開始し全国から派遣されるJMATの活動地域や内容などの調整を行なった。３月14日までの活動期間中にJMAT北海道は延べ11機関20チームの派遣を行なった。課題として、JMATの認知度の向上、先遣JMATと統括JMATの活動内容の見直し、アクセス困難地域へのJMAT派遣のあり方を含め、長期に安定的に派遣する体制づくりが求められる。北海道の災害医療支援の課題は、アクセスの困難性、医療資源の都市集中、寒冷期・冬季の対応である。日本海溝・千島海溝周辺海溝型地震にかかる津波災害を想定した時、太平洋沿岸部に市町村が散在していることから、JMATの医療支援の範囲は広域で多拠点対応を迫られ、本州と地続きではないことから、急性期に本州からの支援チームを受け入れることができない。初動から支援隊が到着するまでの間、どのように耐えるかが重要な課題となる。被災地ニーズは多様化しており、JMAT活動は多岐にわたり、被災地ニーズは多様化している。JMATのチーム体制、派遣体制、情報共有のあり方など、再検討すべき課題は多い。

DPAT（災害派遣精神医療チーム）

北海道大学病院精神科神経科　講師　成田　　尚

DPATは、自然災害や航空機・列車事故、犯罪事件などの大規模災害等の後、被災地域に入り、精神医療および精神保健活動の支援を行う専門的チームで、支援の一環として治療介入することもある。道内からは、１月14日～18日までの間、２隊８名を派遣した。DPATは約５年前から取組みを始めており、北海道として初めての派遣となった。１月７日に、北海道からDPATの派遣要請があり、同日、北海道大学の先遣隊がスケジュール調整を開始した。翌８日に北海道DPAT（北海道大学病院）を編成した。我々は空路で富山県に入った後、レンタカーを確保して吹雪かつ悪路の中、公立能登総合病院に向かったが、冬季の運転は北海道にアドバンテージがあった。１月の厳しい寒さの中で、精神的にも非常に過酷な状況であることを念頭に、平時からの準備が必要である。本部の活動では、全体ミーティングに参加後、輪島・珠洲・穴水の３か所の指揮所の状況を整理し、指揮所マニュアルと活動報告書を作成した。自治体職員のノウハウがない中、DPAT隊員が様々な支援を行った。活動拠点本部での業務は、役割（本部長・副本部長、記録係、連絡係、資機材係等）を設定し、本部および指揮所の活動方針（具体的な日数目標）を策定した。DMATがエリアライン制を採用したのに対して、DPATは医療ニーズや移動の安全性、宿泊先を確保した上で、本部が一括して各指揮所への派遣を調整した。また、本部はJMATなど他の組織との連携を確立し、徐々に活動の幅を広げていった。今後は平時から、北海道との連携を強化し、院内の派遣体制の整備（業務調整）や派遣フローを確立する必要がある。資金面の課題もあり、衛星携帯電話や移動車両のレンタル費用の財源を検討していかなければならない。空路での移動はアクセスは容易であるが、手荷物の量に限界があった。また精神疾患の方を移送するミッションの途中、その方が発熱してコロナ陽性と判定され、搬送に同行した隊員が全員濃厚接触者となり、業務が継続できなくなったこともあるなど、感染症と精神疾患の合併症を持つ方への対応は非常に難しい。石川県には元々DPAT隊が存在していなかったことから、今回の支援を通じて臨時講習会を開催し、職員のノウハウ不足を補ったが、道内でも同様に、平時からの研修や訓練の必要性を感じた。さらに、看護職員の人材確保が難しく、今後の体制整備が望まれる。現地では、学校の先生や高齢者、介護職員に精神的な問題が出現することが多く、精神科のニーズは非常に高かったが、そこにDPAT単体として切り込めなかった。疲弊しても「みんな大変だから」と弱音を吐けない状況やDPAT隊の人員不足もあり、すべての事案に対応することができなかった。DPATの守備範囲として、自殺等切迫性のある状況を優先し、一般的なメンタルヘルスは支援方法を資料等にまとめて関係者に配付するなど、メリハリのある支援が望ましい。

◇

現地に直接出動して支援を行った先生方からの報告から現場での問題点を詳細に知ることができ、これからの検討課題などを議論する上でとても参考になった。本道においては日本海溝・千島海溝周辺海溝型地震による被災の可能性があり、特に厳寒期においての対応が喫緊の課題となる。災害対応の準備を含め、災害支援チームの実働を有効なものにするためにも、議論をさらに深めていく必要性を感じている。