報告 REPORT

令和６年度救急医療研修会

常任理事・救急医療部長　白崎（しらさき）　修一（しゅういち）

標記研修会を去る１月26日（日）に札幌市において、講師に京都第一赤十字病院救命救急センター長・髙階謙一郎先生をお招きし、『地域の医療を守る～災害・救急の視点から～』をテーマに、ハイブリット形式で開催した。医師、救急隊員等を含め医療関係者158名が聴講した。

近年、災害は激甚化しており、支援体制だけでなく平時からの受援体制の整備の重要性も指摘されている。被災地域が早期に復興するためには、地域医療を取り戻すことが不可欠である。災害時に地域医療をどのように守っていくかという点について、講師の地元の取組みの紹介をはじめ、大変有意義な講演をいただいたので、その要旨を報告する。

◇

地域を守るための地域の取組み

■地域包括ケアシステム「在宅療養あんしん病院」

京都府では地域包括ケアシステムの一環として、京都府在住の在宅療養生活を送る高齢者が治療や入院を希望する病院をあらかじめ登録する「在宅療養あんしん病院登録システム」を構築している。これにより、体調を崩し在宅での対応が困難になった際にスムーズな療養ができることに加え、急変に伴う救急医療機関への搬送を減らせることができ、救急医療体制の保持に貢献している。

■マイナンバーカードを活用した実証事業

情報提供が困難な傷病者の救急搬送を検証するため、救急隊員がマイナ保険証に記録されている情報を照会し搬送先を選定する実証事業を実施した。特定健診情報（既往歴等）、薬剤情報（処方実績等）、診療情報（受診歴等）の確認や、傷病者の負担軽減や搬送先医療機関を迅速に選定することができ、一定の効果が認められた。しかし、マイナ保険証の読み取りに時間を要することから、閲覧システムの改良が必要と考えられた。

救急隊が有効活用できれば的確な観察や処置が可能になり、医療機関において早期の治療に役立つものとなる。

■救急安心センターきょうと（＃7119）

京都府では令和２年（2020年）10月から、救急の電話相談窓口「救急安心センターきょうと（＃7119）」を運用している。対象地域は京都府全域で、病気やけがの症状から、看護師が緊急性や医療機関の受診、応急手当の方法などを助言することで、軽症者のコンビニ受診を抑制している。

■外国人の救急医療対策

新型コロナウイルス感染症が５類感染症に移行した令和５年（2023年）以降、訪日外国人旅行者数が爆発的に増加した。日本医師会では外国人医療対策委員会を設置し、地域医療の枠組みの中で外国人の救急医療対策と災害医療対策についても協議している。外国人医療の現場ではポケトーク（AI通訳機）を多用しているが、会話記録を保存できないことからトラブル時の証拠とならないため、委員会内では日本医師会会員医療機関向け医療通訳サービスの活用を推奨している。また、外国人患者の受け入れに関して医療機関の相談先となっている「ワンストップ窓口」は、医療機関だけでなく外国人本人が相談できる体制にする必要があると考えられる。

■働き方改革

働き方改革が施行される前の京都市内の救急搬送件数割合は、受入れ数上位16の救急医療機関で全体の41％を占めていた。時間外労働の規制が施行されることで患者受入れ数が減少し、救命救急センターへの搬送件数が過多になるなど、搬送体制に影響を及ぼすことが懸念されていた。しかし、令和６年(2024年)４月に２つの大学病院が救命救急センターに指定され、救急医療機関で受入れできない部分をカバーすることができたことから、市全体への影響はほとんどなかった。

また、宿日直許可の取得は、各労働基準監督署や担当者によって判断が相違するなど明確な基準は設けられていないことから、再調査時のトラブルを防ぐためにも実情に沿って適切に申請しなければならない。

地域を守るための災害医療

災害医療は一般的には自然災害に対するものを連想するが、感染症の大流行や多数傷病者事故の発生など、医療の需要と資源のバランスが崩れ、平時の救急医療体制では対応しきれない状態の時にも発動する医療体制である。災害の実情に合わせて適切なタイミングで災害医療モードに切り替えなければ壊滅的な結果をもたらす。

■新型コロナウイルス感染症流行期

新型コロナウイルス感染症のパンデミックでは、クルーズ客船「ダイヤモンド・プリンセス号」でDMAT（災害派遣医療チーム）として活動した。この際の経験を参考に京都府の災害医療体制を構築した。特徴は「入院医療コントロールセンター」を設置し、府内の陽性患者全員（１日500名以上）の受診機関や療養施設の選定、消防指令センターからの搬送情報を受けての医療機関への受入れ依頼な

ど、24時間体制で医師が搬送調整業務を行った。また、「在宅療養者等フォローアップ情報センター」では京都府医師会の役員が電話で在宅療養者の経過観察を行ったほか、宿泊療養施設に派遣し療養者のフォローアップを実施した。

■京都府内での多数傷病者事案

京都祇園軽ワゴン車暴走事故（2012年）や京都アニメーション放火殺人事件（2019年）などの多数傷病者事案においては、DMATや災害拠点病院と連携しながら搬送調整を行ったが、重症熱傷患者を受け入れられる集中治療施設の数は少なく、県外への広域二次搬送も必要であった。搬送を適切に実行するには、搬送病院間の情報共有が重要であるとともに、県を越えた搬送調整については、基幹災害医療センターが情報を集約し、隣接県の基幹災害医療センターに調整を依頼することが有効である。日本災害医学会や日本熱傷学会のサポートも効果的である。北海道の重症熱傷患者の集中治療病床数は13施設で28病床あるとされているが、PBI（熱傷予後指数）100以上（救命が非常に困難）に対応する病院は限られるため、熱傷災害が発生した際は、二次搬送の調整も同時進行で開始しなければ手遅れになる。そのため、北海道においても、道内各地域や道外搬送におけるプランを事前に検討することが有用である。

地域包括ケア構想を基盤とした災害対策

阪神・淡路大震災（1995年）以降、４つの大きな柱（災害拠点病院・DMAT・搬送システム・EMIS）が整備され、東日本大震災（2011年）を経験し、現在では軽症者は初期救急医療機関、中等症以上は二次救急医療機関、重症者は三次救急医療機関で対応するなど、基幹災害拠点病院を中心に地域災害拠点病院や二次救急医療機関等と連携するシステムが構築されている。地域単位で災害対応をするためには、最優先で初期救急医療機関や診療所等の機能回復に取り組み、開業医や訪問看護事業所等を含めた連携を強靭化しなければならない。つまり、在宅から救命救急をすべて包含する「地域包括ケア構想」を基盤に、避難所から災害拠点病院までの災害医療体制を構築する必要がある。

災害時診療所支援の意義

過去の災害時医療支援では避難所の巡回や救護所での診療が中心となっており、救護所での健康管理は一時的なものであった。今後は、復旧に伴い地域の診療所などの医療機関で健康管理を受け続けることができる復興支援を合わせて行うべきであり、支援の主眼は被災した診療所など医療機関の環境復興となる。そのためには、地域の医療体制を把握している地元医師が副本部長となる調整本部を立ち上げ、行政と医師会が密に連携できる構図が大前提であり、そこにDMATやJMAT（日本医師会災害医療チーム）等の支援チームが参入するのが理想形である。地元の医療を守るのは支援チームではなく、地元医師会の役割であることを念頭に体制の構築や活動をしなければならない。そのため、地元医師会や開業医が早期に診療再開ができるよう、平時からBCP（事業継続計画）を策定し、情報発信・収集方法、福祉・介護部門との連携方法、JMAT等の受援体制を明確にしておく必要がある。特に施設の耐震化やライフラインの確保は時間がかかることから、優先して取り組むべきである。

これからの災害対策本部

社会のICT化が進展している中で、災害対策本部のヒト・モノ・場所等もICT化を検討する必要がある。大規模事故や災害時における対応が円滑に進まない最も多い原因は「情報伝達の不備」である。今後発表されるポータブル型スターリンクやアマゾンが開発している衛星通信サービス「Kuiper」を導入するなど、情報の伝達や共有体制のICT化を図ることで関係機関の縦横連携を強化することができ、地域全体が被災地の最前線を包み込むようにサポートする医療救護体制が確立できるものと考える。そのためには災害時通信体制を含むあらゆる訓練の方法やメンバーなどを見直し、周辺関係者を含めた災害対応訓練を実施すべきである。災害時医療とは、発災とともに直ちに被災地に駆けつけ、被災地の医療・保健・衛生が回復するまで継続的に被災者の自立を支援するものである。医師会は行政の対策本部に参画し管内の被害状況を把握するとともに、「被災地に地域医療を取り戻す」ことを最終目標と位置づけ、組織力やネットワークを最大限に活用した医療支援を展開していかなければならない。

◇

学会長として第29回日本災害医学会総会学術集会（2024年２月京都）を開催され、コロナ対策はもちろん、災害医療に対する豊富な経験をお持ちの髙階謙一郎先生からの救急医療に対する示唆に富むご発表は、これからの北海道の救急医療の方向性を考える上で大いに参考にさせていただきたい。ご講演に対し、重ねてお礼申し上げる。