指標

日本医師会災害医療チーム（JMAT）のこと

常任理事／救急医療部副部長
目黒（めぐろ）　順一（じゅんいち）

指標のポイント

JMATの基本理念から始まって、これまでの災害対応で明らかになった課題と対策について述べた。災害大国で暮らす医療従事者の心構えについては「プロフェッショナル・オートノミー」が基本理念であることを強調した。JMAT活動には、この理念に基づき壊れた地域医療と地域包括ケアシステムを取り戻す大きな目標がある。

はじめに

わが国は近年、“災害大国”という言葉がふさわしいほどに各種災害が多発する状況になりつつある。とりわけ地震に関しては「地震大国」と言えるデータがある。すなわち日本は全世界の国土面積の0.25％であるにもかかわらず、マグニチュード６以上の地震の実に17.9％が発生している（2021年、国土交通省のデータより）。これは地球を覆っている十数枚のプレートのうち、４枚のプレート衝突部に位置するからと言われている。また、併せて述べると、世界中の活火山およそ1,500のうち日本には111、実に約７％が存在している。われわれは極めてハイリスクな国で暮らしているのである。加えて、近年の“極端気象”により、豪雨災害が頻発するようになっている。

東日本大震災の例を引くまでもなく、大地震が発生するとその被害は甚大であり、多くの人命が危険に晒される。また被災地域の地域医療が機能不全に陥ってしまう。阪神淡路大震災以降に発足した災害派遣医療チーム（DMAT、Disaster Medical Assistance Team）が、国の災害対策のシステムとして設立されたが、日本医師会には組織として対応する明確なシステムは存在しなかった。

本稿ではこれらの歴史を踏まえて、JMAT誕生の経緯とこれまでの活動、成果、課題を検討し、今後の一層の充実を図る目的で私見を述べる。

１．JMAT発足の経緯

わが国では1995年１月17日の阪神・淡路大震災以前にも全国各地で地震災害が多発していたが、日本医師会として全国規模での支援活動は存在せず、被災地域とその近傍の地域医師会の頑張りや、専門医の個人的なつながり、災害関連の研究会などの活動レベルで対応が行われてきた。その最たる事例が1993年７月12日の北海道南西沖地震であろう。筆者が仄聞したところによると、この地震の被災地支援に集まった専門家諸氏が、現地で相談して現在の日本災害医学会の前身である日本集団災害医療研究会の設立を初めて検討したきっかけになったとのことである。

一方、設立の歴史が長い日本赤十字社（1877年博愛社として設立）は、救護活動を展開する経過中に、救護員養成を目的に自前の病院を次々に開設し、以後多くの災害に救護班の派遣を行い、わが国の災害支援の中核的機関の一つとして確立したシステムを誇っている。

他方で、国も阪神・淡路大震災の教訓から2005年にDMATを設立させた。DMATの活動や活躍については言うまでもないのでここでは割愛するが、この流れが日本医師会の会内委員会の一つである救急災害医療対策委員会の議論に大きな影響を与えた。すなわち、2008年７月23日に日本医師会会長から委員会に対して２つの事項が諮問された（ちなみに筆者は既にこの時の委員会の北海道ブロックからのメンバーであった）。１つ目は「救急災害医療における連携のあり方」、２つ目は「医師会の災害時医療救護対策」であった。とりわけ、２つ目の諮問テーマがJMATの構想に大きく関わっていたのである。委員会の構成メンバーは当時も現在も救急災害医療の現役の専門家が複数参加しており、加えて当時実際の被災地に支援に入った地域医師会の会員もメンバーであった。また、元日本医師会会長であった武見太郎先生の尽力により、ハーバード大学公衆衛生大学院に1983年に設置された寄附講座「武見国際保健プログラム」にフェローとして派遣された会員医師や、当時の日本医師会常任理事の石井正三先生も大きな役割を担われた。

日本医師会が災害医療救護に関わるシステムを構想する上で、それまでの国内災害に対して地域医師会が核となって様々な活動ができていたという事実、さらに武見フェローとして学んだ国際的な災害対応の基本的考え方に関する内容や人脈などが、提案の重要な要素になった。

会長諮問に則り、答申までの２年間に計８回の委員会が開催され、日本医師会としての災害に対する現状分析から始まり、あるべき姿の考察、そこから導き出

された対応策としてのJMATの創設が提案された。

この構想のきっかけの一つはアメリカの自然災害対策であった。2005年８月末に、アメリカのニューオーリンズを襲ったハリケーン・カトリーナからの退避が遅れた住民に対する避難所の劣悪な公衆衛生上の状況を武見フェローが体験し、当時のアメリカを含む先進国では人道的配慮は重要視されていなかったことがわかったのである。

もう一つの参考事例は、国内の地域医師会による過去の災害対応であった。とりわけ、1995年の阪神・淡路大震災の時の兵庫県医師会と神戸市医師会の詳細な活動報告はJMAT構想の原型となった。すなわち、多くの事例から地域医師会が災害対応に重要な役割を果たしてきたことが明らかになったのである。

これらの知見を踏まえて提案された具体的な内容の詳細は、2010年３月４日に答申された同委員会の報告書をご参照願いたいが、以下に骨子を簡単に述べる。

まず、医師の職能団体としての日本医師会の位置付け、すなわち３層構造の中でそれぞれ別法人格ではあるが、全ての地域医師会を束ねる立場にあること、災害に対して平時と発災時以降の日本医師会の役割を明記した上で、現時点で発災直後には被災地等での災害医療活動を実行する能力やシステムを備えていないことが記されている。これらを踏まえて、日本医師会による災害医療チームの創設を具体的に提言している。すなわち日本医師会災害医療チーム（JMAT、Japan Medical Association Team）設立の提案である。また、これまで日本医師会は直属の実動部隊を持たないが故に参画していなかった中央防災会議に「指定公共機関」として加わることが可能となり、地域医療の観点から国の防災行政に大きな声での提言が実現できると考えられた。

こうしたコンセプトのもとに日本医師会の実動部隊としてのJMATが提案され、2010年７月には都道府県医師会救急災害医療担当理事連絡協議会においてJMAT構想の説明と討議が行われた。さらに、２年ごとに行われる次期委員会で「医師会による救急災害医療対策の推進」という会長諮問が、前期に引き続き提出された。ここからより具体的な提案に向けた議論を加速するために救急災害医療対策委員会の中に小委員会が設置され、2010年12月16日に第１回目の、2011年２月23日に第２回目の委員会が開催された。ここではアメリカ医師会の災害医療研修コース（NDLS、National Disaster Life Support）を参考に災害医療研修に関する討議が熱心に行われた。実に東日本大震災発災の１か月前であった。同年３月11日午後２時46分にマグニチュード9.0の巨大地震が発生した。その被害が甚大であったこともあり、日本医師会はこれまでの検討をもとに同年３月15日にJMATの結成と被災地への派遣を決定した。以後の活動状況は割愛するが、派遣実績の一覧表を提示することでこれに替えたい（**表１**）。

なお、あまり知られていないが、JMAT参加者（登録者）個々人には日本医師会がしっかりと保険を掛けているのである。その補償内容は３月16日に出された文書では、死亡・後遺障害５千万円、入院

表１　近年の自然災害に対するJMAT派遣実績

年度	災害	活動期間	派遣チーム数、派遣人数
2011	・**東日本大震災**	・2011年7月15日まで（JMATⅠ） ・2011年7月15日～2016年3月21日（JMATⅡ）	・1,398チーム、延べ6,054名（JMATⅠ） ・1,365チーム、延べ6,574名（JMATⅡ）
2016	・**平成28年熊本地震**	・4月16日～7月26日	・568チーム、延べ2,556名
2017	・**平成29年7月九州北部豪雨**（福岡県）	・7月10日～7月15日	・10チーム、延べ44名
2018	・**平成30年7月豪雨**（岡山県、広島県、愛媛県） ・**北海道胆振東部地震**	・7月8日～8月23日 ・9月9日～9月24日（9月7日先遣JMAT派遣）	・251チーム、延べ1,029名 ・43チーム、延べ246名
2019	・**令和元年九州北部大雨災害** ・**令和元年台風第15号**（千葉県） ・**令和元年台風第19号** （宮城県、福島県、茨城県、栃木県、千葉県）	・9月3日～9月8日 ・9月13日～9月16日 ・10月12日～11月22日	・12チーム、延べ46名 ・10チーム、延べ19名 ・67チーム、延べ258名
2020	・**令和2年7月豪雨**（熊本県） ・**令和3年足利市山林火災**	・7月7日～8月27日 ・2月25日～3月2日	・106チーム、延べ482名 ・3チーム、延べ8名
2021	・**令和3年7月1日からの大雨による災害**（静岡県）	・7月12日～8月1日	・13チーム、延べ58名
2022	・**令和4年8月3日からの大雨等による災害**（福井県）	・8月14日～8月17日	・4チーム、延べ16名
2023	・**令和5年7月7日からの大雨による災害**（秋田県）	・7月16日～7月17日	・2チーム、延べ7名
2024	・**令和6年能登半島地震**	・1月2日～5月31日	・3,849チーム、延べ12,374名 （道内延べ11機関、20チーム、79名） ※うち、統括チームは延べ5機関、8チーム、30名）
2025	・**令和７年岩手県大船渡市における大規模火災**	・3月2日～3月2日	・1チーム、延べ4名

日額１万５千円、通院日額１万円である。ただし、補償対象外として「故意または重大な過失」及び「CBRNE（Chemical、Biological、Radiological、Nuclear、Explosive）シーバーン災害」が挙げられている。大変残念な事例ではあるが、震災後４年８か月にわたり運営されていた岩手県医師会高田診療所で診療に従事していた医師の方１名が、通勤時の交通事故で亡くなられた。痛恨の極みであるが、この方には保険金が支払われたとのことである。

また、この保険の枠組みは、コロナ禍に際して各種業務への参加者についても、北海道庁でJMAT保険を参考にした対応がなされた。

２．JMATのコンセプト

JMAT設立の経緯の中でも述べたが、実動部隊を持たない日本医師会がこうしたシステムを構築することにより、被災地での災害医療を実行する能力を具備することになる。このことで指定公共機関となって中央防災会議の一員として国の防災計画や災害対応に対して強い発言力を確保できることになる。また、日本DMATと地域医師会等関係組織との災害時の役割分担や連携の規定を明記することも必要である。これらの考察を踏まえて当時の基本的なコンセプトをまとめてみた。いわばJMAT活動の憲法とも言えるJMAT要綱である。

目的の１丁目１番地として、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、地域医療の再生を支援する、すなわち被災地の地域医療を取り戻すことを掲げている。これを実現するために備えるべき要件が記載されている。

真っ先に挙げたのは「プロフェッショナル・オートノミーに基づく参加」である。これは世界医師会（WMA、World Medical Association）が提唱している「プロフェッショナル・オートノミーと臨床上の独立性の重要性」という宣言に基づく概念で、医師が活動する際の職業精神の本質的原理としている。すなわち、個々の医師が診療に関して外部の団体や個人から不当な影響を受けずに自らの職業的判断を自由に行使できる保証としている。したがって、医師は活動するにあたり、その自己規律システムが、医師本人を保護するものとしてだけでなく、医師という職業そのものの名誉を守り、さらに一般市民の安全、支持及び信頼を維持すべきものであると高らかに謳っている。この活動への参加者は、日本医師会員の資格の有無を問わず、医師としてのプロフェッショナル・オートノミーに基づく使命感が拠り所となるのである。この精神は医師以外の医療従事者全てにも適用される概念である。災害医療に従事しようとする者の基本的精神として認識すべきである。

次に、全ての参加団体・組織間の災害時医療救護協定の締結が求められる。ちなみにわれわれ北海道医師会は（非常に古くなっているが）1987年に北海道とこれを締結している。

また、派遣は原則的に自己完結である。被災地に持参する資器材（医薬品・医療材料・食料・装備品等）、移動手段、宿泊手段は派遣元が準備すべきである。各種リソースが枯渇している被災地に新たな負担をかけてはいけない。ただし、派遣元や派遣先の都道府県医師会が最新の情報提供（宿泊施設、被災地までのアクセス等）を行う努力は重要ではある。もっとも、被災地が復興に向かいつつあるフェーズでは、食料や消耗品等で“現地にお金を落とす”という考え方もありかもしれない。

さらに、被災地への派遣は、基本的には被災地都道府県医師会からの要請に基づくものである。現地の災害対策本部に参加している医師会のコーディネート機能により、統制の取れた現地活動が可能となる。ましてや、被災地にはDMATや日赤救護班など様々な医療支援チームが活動しているため、刻々と変化する現地の状況に合わせて緊密な連携をしながらの活動が必要となる。JMATの特性を意識した支援が一層重要である。

初めにも述べたが、JMATの目的は被災地の地域医療（地域包括ケアシステムを含む）を取り戻すことにあるので、被災地の状況が徐々に回復してくると、現地の復旧しつつある医療機関の経営的活動を妨げてはいけない。これは、あるフェーズになると自己負担なしの診療、減免のある保険診療、通常の保険診療の３者が混在することになるからである。実際に、筆者が2011年の東日本大震災で被災地を訪問した際に、当時の岩手県医師会会長の故石川育成先生から直接伺ったお話によると、1995年の阪神・淡路大震災の時に、日本医師会第14代会長であった故村瀬俊郎先生の命を受け、石川先生自らが（隠密裏に）被災地の診療状況と現地医師会の域外支援者に対する反応等の情報収集を目的に現地に派遣されたが、やはり復興の兆しが出てきたフェーズでは、必ずしも歓迎されていない状況があったと伺った。こうした現実を踏まえ、派遣先地域の医療ニーズをきめ細かく把握・評価し、支援内容、さらなる派遣の追加や引き継ぎと撤収のタイミングを検討する必要があることも認識すべきである。

また、災害の程度によっては長期支援が必要となる場合も想定されるので、これに対応する目的でJMATⅡという仕組みが設けられた。これは、日本医師会が所管して多くの医療関係組織や行政機関などの参加を得て組織された「被災者健康支援連絡協議会」によって継続的に維持される仕組みである。

以上、基本的なコンセプトについて述べたが、JMATの参加者は常に「被災地の地域医療を取り戻す」ことを根底に意識しながらの活動を心がけるべきである。

3．JMATの構成とその活動

ここでは派遣されるチームの構成メンバーと主な活動内容について述べる。

構成メンバーはDMATに倣い、基本的には医師１名、看護職員２名、事務職員（ロジスティックス人員）１名の計４名である。これに加えて被災地の状況により歯科医師・薬剤師・理学療法士・作業療法士・臨床検査技師・救急救命士・MSW・栄養士等の参加を検討する。ただし、地域によっては医師不足や看護師不足で、災害出動をしようにも人手不足で参加がままならないことが想定される。また、個人開業医では自院を休診して出動することになり、長期間の参加は困難であろう。したがって、参加者は医師と看護師各１名の計２名が最小単位とも考えられる。一方、個人参加を希望する場合は、どこかのチームに編入してもらうことが現実的である。

活動内容は以下に列挙するが、これはあくまでも目安であり、現地では想定外の状況が生まれる可能性があるので、(危険性の少ない限り)できるだけ(何でも）対応する心構えが重要である。

⑴救護所、避難所等における医療・健康管理
※JMAT活動の基本といえよう。

⑵被災地の病院・診療所の医療支援（災害発生前からの医療の継続）

⑶その他

以下は誤解を恐れずに述べると、ほぼ何でもありといってよいと思われる。例えば、手が空けば掃除をしたり、片付けをしたりする場面もあろう。「我々の仕事ではない」との発言は要注意である。以下、JMAT要綱に記載されている内容を列挙する。

① 避難所等の水や食事など栄養状態の把握とその改善、避難者の健康状態チェック、要援護者の把握とその対策、公衆衛生対策、感染症対策（感染制御）

② 在宅患者の医療・介護・健康管理

③ 派遣先地域の医療ニーズの把握と評価
- 主な患者像
- 難病患者・障がい者・その他特別に医療・介護を必要とする者
- 感染症や他の疾病の発生状況
- 追加派遣の要否
- 被災者の流動化の有無、撤収時期

④ 医療支援が行き届いていない地域（医療空白地域）の把握、及び巡回診療等の実施

⑤ 現地の情報の収集・把握、及び派遣元都道府県医師会等への連絡
- 必要に応じて、先遣隊の派遣
- 被災地の医療関係者との連携（３日～１週間程度で交代するJMATに対し、被災地の患者の状況や地理的特性等を把握しているため。例：在宅患者の状況を把握している保健師や訪問看護師）
- 交通ルート（被災地の空港・主要駅・主要道路から派遣先地域へのアクセス、帰路、燃料確保等）
- 被災者の状況（性別・年齢別の避難者数、共同体意識の強弱、自治組織）、被災地までの地形・気象条件
- 公衆衛生の状況（トイレ、瓦礫による粉塵飛散、ヘドロ・汚泥物質等を含む）
- 被災地の安全性（二次被害の危険性）
- 医薬品等の不足物資
- 必要な職種
- 現地のコーディネーター・避難所等のリーダー、支援受入れ窓口等

⑥ 被災地の医療関係者間の連絡会の設置支援
これは現地対策本部がすでに立ち上がって、指揮命令系統が確立されている場合は、そこでの指示に従うべきであるが、混乱が続いている際には然るべき対応が望まれる。

⑦ 患者移送
現場で対応が困難な患者が発生した場合は、診療可能な病院や診療所（臨時に設置された施設を含む）に移送すべきだが、患者の安全を考慮するとやはり専門の搬送機関（消防機関やDMAT等）に依頼すべきであろう。

⑧ 再建された被災地の医療機関への円滑な引き継ぎ
前章でも述べたが、経済的な機微に触れる問題であるし、撤収による被災住民の不安感にもつながりかねないので、慎重な判断が求められる。

⑨ 遺体の検死・検案
誰でもできることではないが、犠牲者のみならずご遺族にとっても非常に意味のある項目であり、重要な任務である。経験者との共同が望ましい。

ここに列挙した内容は、すなわちそこで行われてきた地域医療を取り戻すために必要な全てが含まれている。JMAT参加者は、一つ一つを覚えられなくても、普段日常的に行っている医療行為のイメージを想起することで、理解可能であろう。

4．これまでの活動経験から見えてきた課題

表１に示した通り、東日本大震災で走りながら作り上げてきた JMATであるが、経験を蓄積する中で多くの進化を遂げてきた。たくさんあるが、いくつか例示すると、EMISの活用と改善、J-SPEEDによる被災地の疾病構造の把握の明確化、災害対策本部の機構の改善、通信衛星を用いた情報の精緻な収集と相互のやり取りなど枚挙にいとまがない。こうした中、2024年１月１日に発生した能登半島地震には、これまでにない多数のチームが参集し大きな成果を挙げた。しかし、その一方でいくつかの課題も見えてきた。思いつくままに列挙する。

⑴参加者の偏在と所属機関の勤務体制の問題

これまでに大きな災害に見舞われた地域では、普段から災害派遣に積極的な素地があり、JMAT要綱では事前登録制は採用していないが、積極的な地域では登録制を敷いており登録者数も多いが、北海道では（７年前にブラックアウトを経験したにも拘らず）アンケート調査をしてもなかなか登録の意思表示数が伸びない現実がある。例えば、兵庫県（会員数約8,700名）では登録者数は600名を超え、さらにその９割が開業医であるという。これは珍しい例ではあるが検討に値する。一方北海道では一桁にとどまる。実際に今回の能登半島地震においては、派遣に応じた11の医療機関は全て病院であり、診療所はなかった。ただし、そのうちの９施設はDMAT指定医療機関（全道に37病院）以外の参加であり、北海道の底力を現しているのかもしれない。また、DMAT指定医療機関からの派遣も、主に現地保健医療福祉調整本部内のJMAT調整本部（統括）担当に派遣要請されたものが多くを占めた。DMAT指定医療機関では、最初にDMATとして出動し、その後に統括JMATの派遣要請を複数回受けた医療機関があり、繰り返しの派遣が継続すると当該医療機関内の勤務体制のシフト作成が困難になる場合があると伺った。

南海トラフ巨大地震や首都直下型地震のリスクが喧伝されているが、北海道でも日本海溝・千島海溝大地震のリスクが高まっており、対策を検討する必要がある。他方で、2013年３月20日から開始した当会主催のJMAT研修会では、応募者が常に毎回40名前後あり（診療所のメンバーも少なくない）、登録はしていなくても潜在的なマンパワーはあると確信している。北海道医師会（あるいは日本医師会）ではこうした方々が災害支援により参加しやすい方策を検討する必要がある。ちなみに、能登半島地震に北海道からJMATとして参加したチームは**表**１の通り延べ20チーム・79名であり、深く敬意を表したい。

⑵日本医師会の災害対策本部と現地対策本部の関係の明確化

日本医師会には常設のJMAT本部は設定されておらず、発災時に日本医師会に災害対策本部が立ち上げられ、被災地の都道府県医師会からJMAT派遣要請が届いてからJMAT派遣調整本部が立ち上げられる形になっているが、どうしても立ち上げに若干のタイムラグが生まれる結果になる。能登半島地震においても、現地では早々にJMATの受け入れ準備を開始していたし、一部の都道府県医師会では先遣JMATの派遣を実施しており、現地JMAT調整本部では全国的な動きが把握困難であった。実際、現地対策本部に派遣された統括JMATメンバーは全体の調整に相当苦労したようである。日本医師会のJMAT調整本部がいち早く立ち上がり、現地に向かうJMATチームの全体的なコントロールができれば、現地でも実際の活動エリアや分担を決定する作業がより容易になったと思われる。

⑶参加者の研修受講の有無

今回の派遣チームの中にはJMAT研修を受講しておらず、災害対応も初めての者が多くみられたという。被災地の支援をしたいという志は尊重したいが、現地には一定の危険を伴う環境があり、被災者に対する配慮も求められる。やはり最低限の研修を受けていることが重要である。他県によってはJMAT研修会が開催されていないところもあるという。内容や回数はともかく、さらなる普及策が求められる。

⑷派遣チームの装備のレベルの問題

今回の能登半島地震では軽装JMAT、標準JMAT、重装JMATという３区分が設けられた。しかし、この考え方はJMAT活動の趣旨からすると今回限りでよいと思われる。被災地の状況は刻々と変化するので、派遣されるJMATの装備に大きな違いがあってはならない。派遣調整本部の負担が増えることになるだけである。標準的な装備はJMAT要綱に記載されているし、現地の状況に合わせて装備は準備されるべきである。

なお、前項⑶の問題とも関連するが、JMAT参加者のレベルを議論しておく必要がある。被災地では混乱した状況が想定され、他の組織・団体から派遣されたチームもたくさん入ってくるであろうことから、知識や装備は一定程度の水準が求められよう。しかし、あまりにも高いレベルを求めると（例えばDMATレベル）、志があっても引いてしまう可能性がある。日本医師会の救急災害医療対策委員会でも議論になったが、きちんと研修を受ければ一般開業医でも参加できる状況を作ることが望ましい。

⑸JMATの知名度の問題

2011年にJMATが発足して今年で14年になるが、昨年の能登半島地震災害で派遣されたJMATから、活動を拒まれた事例が報告された。理由は「知らない組織」ということであったという。これまでのJMATの活動実績を考えると由々しき事態である。少なくとも被災地の自治体関係者や医療従事者には一定の知名度がある

と思われるが、地域住民に認知されていなければ、現場活動は困難である。北海道では北海道総合保健医療協議会（総医協）の救急医療専門委員会でJMATの活動について報告し、議事録にも記載され、災害対策本部が設置された際にはJMAT活動を織り込んだ対策が立てられている。幸い北海道では拒まれた事案は聞いていないが、今後を考えると日本語の表記を併記するような工夫が必要かもしれない。キーワードは「日本医師会」と「都道府県医師会」であろう。また、救急の日や防災の日などの節目には、地域で災害対応研修会等を開催し、地域住民に啓発活動を行うべきであろう。

⑹JMATの指揮命令系統の確立（コーディネーションやロジスティックス等）

これは上記⑵にも関連するが、混乱した現場ではCSCA、すなわち指揮命令系統がしっかりする必要がある。能登半島地震では発災当初から統括についてはDMAT調整本部が基本的に大きな役割を担ったが、JMATチームの参加数増加に伴いJMAT調整本部の統括作業が重要になった。そのために、北海道からも統括JMATの派遣が継続的に行われた。救護班の基本理念に基づき、2024年２月中旬にはDMATや日赤の実動部隊は撤収し、ほぼJMATに置き換わったが、現地の地域医療はまだ回復途上であり、JMATの「地域医療を取り戻す」ための活動が継続され、同年５月まで続いた。ただ、派遣されたJMATチームの役割は、現地に行ってから指示されるために、機能や装備に実態との齟齬が認められた。

以上の経過を考察すると、本来、日本医師会にJMAT派遣調整本部が存在し、その統制のもとに被災地JMAT調整本部が機能すべきであろう。東日本大震災の時には、派遣されるJMATの役割は今回よりは明確であり、カウンターパートシステムがうまく機能したと思われる。上記⑵と合わせ、日本医師会館内に常設のJMAT事務局あるいは本部が設置され、必要な時にいち早く担当理事と共に専門的なスタッフ（統括JMATやロジスティックスチームでもよいが）が詰めて全体的な指揮を執る必要があろう。

５．課題を踏まえた改善策（私見）

前項で述べた課題のうち、特に北海道において重要なものは参加者についてであろう。当地においてJMAT登録に積極的な者が少ないことは、派遣要員の枯渇につながる懸念がある。明確な解決策はあるだろうか。筆者は「プロフェッショナル・オートノミーに基づく参加」を期待したい。医師であれば、誰でも災害に対応する能力を持つべきである。ただ、全員がDMATのような対応能力を持つ必要はないと思われるし、もしそうであるなら、参加することに尻込みをしてしまう医師が多数を占めるであろう。

わが国の災害教育は、多くの大学の救急医学教室が災害医療の講義を設けて教育していると思われる。救急医が講義を行うと、どうしても派手なDMATの話とか、トリアージの話ばかりが強調されやすくなる。しかし、医学生が学ぶべきは避難所で何が必要か、どういう基準が必要かということであろう。すなわち、ハーバード大学の救急専門医であるステファニー・ケイデン博士が、東日本大震災後に開催された日本医師会の医療政策シンポジウムで強調した“Sphere Standards”などが挙げられる。つまり、災害教育においては公衆衛生的な面をもっと強化すべきである。そうすることにより、参加のモチベーションが上がり、ハードルも下がって参加者増が期待される。

また、世界的に見てもJMATのような組織はわが国だけであるという。この活動の基礎となるべき人道支援に基づく公衆衛生学的教育は、およそ２週間で十分とのことである。大学で全ての医学生が基本的知識として学ぶことで、派遣要員の不足が解消されることを望みたい。

対策本部の問題は、2025年８月に出された「救急災害医療対策委員会中間報告書」によれば、日本医師会に常設のJMAT事務局が設置されることが提言されたので、解決に向かうと思われる。幸い、日本医師会館は東京都文京区駒込にあり、各種交通アクセスに恵まれた立地であり、災害対策に長けた専門家が参集しやすいと思われる。迅速な制度の立ち上げを望みたい。

研修未受講者の問題解決には、JMAT研修会の開催を一層広める活動が求められるが、困難な都道府県はブロック単位での開催も模索すべきである。講師やファシリテーターの確保も、より容易になるであろう。

以上、課題に挙げた各項目は、その中で対応策についても言及したので述べないが、今回の「中間報告書」にも対応策が詳しく提言されているので、是非ご参照されたい。

おわりに

JMATに対する私的な思いを種々書き連ねたが、災害大国で暮らす医療従事者の一人として、世界に類を見ない医師会の災害対応システムが、今後起きるであろう大災害時に有効に機能するように、しっかり準備しておきたいという思いがある。日本医師

会が「欲張り村の村長さんの集まり」と言われて久しいが、言葉で反論するよりも、行動で示すのが最も有効であろう。国内の多くの各分野の組織（労働組合など）が会員数の減少に見舞われているこの時代にこそ、JMATの基本理念を再確認することが大切と思う。会員諸氏のご批判を仰ぎたい。

「応急手当WEB」「救急医療啓発パンフレット」へのリンク依頼について

◇救急医療部◇

当会ホームページでは急病・急な症状時の対応を紹介する「応急手当WEB」、救急医療機関の適切な利用について理解を深めてもらう「救急医療啓発パンフレット」を登載しております。

これらの情報をより一層周知することにご協力いただけます医療機関におかれましては、自院ホームページに下記掲載URLへのリンクをお願いいたします。

なお、リンク掲載後のご連絡は不要ですが、今後の連携強化のため、リンクのご一報をいただければ幸いです。

●応急手当WEB
http://www.hokkaido.med.or.jp/firstaid/

●救急医療啓発パンフレット
http://www.hokkaido.med.or.jp/hokkaido/ambulance.html

連絡先：北海道医師会事業第三課
TEL　011-231-1726　　FAX　011-210-4514　　E-mail　3ka@m.doui.jp