

救急災害医療対策委員会
報 告 書

平成30年2月

日 本 医 師 会
救急災害医療対策委員会

平成30年2月

公益社団法人 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28年11月4日開催の第1回委員会において、貴職から、「1. 地域の救急災害医療におけるかかりつけ医の役割～地域包括ケアシステムにおける災害医療を中心に～」、「2. JMAT活動の課題と対策～コーディネーター機能を中心に～」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（労働者健康安全機構理事長）
- 副委員長 猪口 正孝（東京都医師会副会長）
- 〃 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准教授）
- 〃 海老原次男（茨城県医師会副会長）
- 〃 加陽 直実（静岡県医師会理事）
- 〃 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（帝京大学医学部附属病院長）
- 〃 佐々木幸二（宮崎県医師会常任理事）
- 〃 杉町 正光（兵庫県医師会理事）
- 〃 田名 毅（沖縄県医師会理事）
- 〃 田邊 晴山（救急振興財団救急救命東京研修所教授）
- 〃 登米 祐也（宮城県医師会常任理事）
- 〃 野並 誠二（高知県医師会常任理事）
- 〃 細川 秀一（愛知県医師会理事）
- 〃 松山 正春（岡山県医師会副会長）
- 〃 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）
- 〃 横田 裕行（日本医科大学大学院医学研究科外科系救急医学分野教授）

地域の救急災害医療におけるかかりつけ医の役割

ワーキンググループ

～地域包括ケアシステムにおける災害医療を中心に～

- 座長 小池 哲雄（新潟県医師会副会長）
- 委員 加陽 直実（静岡県医師会理事）
- 〃 坂本 哲也（帝京大学医学部附属病院長）
- 〃 佐々木幸二（宮崎県医師会常任理事）
- 〃 田邊 晴山（救急振興財団救急救命東京研修所教授）
- 〃 細川 秀一（愛知県医師会理事）
- 〃 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）
- 〃 行岡 哲男（日本救急医学会代表理事）
- 〃 横田 裕行（日本医科大学大学院医学研究科外科系救急医学分野教授）

JMAT活動の課題と対策ワーキンググループ

～コーディネーター機能を中心に～

- 座長 猪口 正孝（東京都医師会副会長）
- 委員 秋富 慎司（防衛医科大学校救急部准教授）
- 〃 海老原次男（茨城県医師会副会長）
- 〃 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）
- 〃 杉町 正光（兵庫県医師会理事）
- 〃 田名 毅（沖縄県医師会理事）
- 〃 登米 祐也（宮城県医師会常任理事）
- 〃 野並 誠二（高知県医師会常任理事）
- 〃 松山 正春（岡山県医師会副会長）
- 〃 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）
- オブザーバ 佐藤 慎一（日本医師会理事）
- 〃 石原 哲（東京都医師会救急委員会委員長）

救急災害医療対策委員会 報告

今季の日本医師会「救急災害医療対策委員会」は、二点の会長諮問事項に対し、具体的な検討を行うため2つのワーキンググループを設けて議論を行った。

図表1 地域の医師会員、郡市区医師会の活動
地域包括ケアと災害医療 「被災地JMAT」

<p>プレ段階</p>	<p>災害対策の視点も持って</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域医療、地域包括ケアシステムの構築 生涯教育、かかりつけ医機能研修 <p>平常時からの取り組み</p> <ul style="list-style-type: none"> 情報連絡、集合場所 医療機関BCPの啓発 行政や関係機関・団体、救急災害関係者（MC医師）等（災害リスク把握、(L)DMAT含む）との連携、避難所・救護所の設置計画、要支援者情報の提供等、避難所運営マニュアル（弱者目線）、地域防災計画等や防災訓練への参画 「災害時かかりつけ医機能」 	<p>体制づくり</p> <ul style="list-style-type: none"> JMAT研修 JMAT登録 被災地JMATとしての行動計画・取り決め 関係者との「顔の見える関係」の醸成 医薬品・資器材備蓄、 ※災害拠点病院には地域の関係者への研修実施義務
<p>発災 孤立無援期～ 超急性期医療 対応</p>	<ul style="list-style-type: none"> 自院患者・従業員の安全確保 郡市区医師会 管下医療機関の被害状況、診療可否の把握 避難所、救護所の設置、不足物資の把握 都道府県医師会、所管保健所・都道府県保健医療調整本部への情報提供 	<p>非常招集、行動計画に基づく自律行動</p> <ul style="list-style-type: none"> 医師会・拠点病院等へ集合 医薬品・資器材確保 患者像把握、役割分担決め 先遣JMAT,統括JMATへの情報提供
<p>支援 JMATの活動 本格化</p>	<ul style="list-style-type: none"> 被災医療機関の再建・再開や地域医療・地域包括ケアの復旧への専念 災害対応からの休息・家族の安否確認 郡市区医師会 避難所運営への参画：弱い立場にある者への配慮 被災医療機関の被害状況（公的補助申請の準備も）、再開に必要な支援内容の把握 在宅ニーズ、支援空白地域・施設、 	<p>災害医療活動の実施</p> <ul style="list-style-type: none"> 避難所、巡回診療 被災医療機関支援など <p>支援JMATとの連携</p> <ul style="list-style-type: none"> 被災地の医療・介護・福祉情報の提供 保健所や地域の災害医療コーディネート機能への連携 <p>DMAT等からの引継ぎ（被災地JMAT,支援JMAT） 統括JMATとの連携（集中支援地域等の評価）</p>
<p>収束期</p>	<ul style="list-style-type: none"> 撤収するJMATからの引継ぎ 避難所の医療支援、健康管理活動の実施 JMAT II との連携、役割分担 地域医療・地域包括ケアシステムの復旧・復興 医療機関への補助手続き支援 新たなまちづくりへの積極関与 	<ul style="list-style-type: none"> 支援JMATから地元医療機関・医師会への引継ぎの支援 被災地住民への説明（災害支援期→通常期への移行）

1 両ワーキンググループに共通する理念は、地域医師会こそが当地の実情を最
2 もよく理解しており、国や日本医師会は、その役割を高く評価して施策を立案
3 し、遂行すべきであるということである。

4 さらに、地域医師会はその地域全体の医療提供者を取りまとめる唯一の存在
5 である。地域医師会は、その立場に基づき、行政や防災関係者に必要な施策・
6 措置を要請して実現させることができ、かつ、自らと介護などにも与る行政と
7 の円滑な関係が正に「触媒」として医療・介護を取り巻く様々な関係者を幅広
8 く取りまとめ、要配慮者への対策を含む災害時の計画やマニュアルづくり、多
9 業種・多職種連携を推進していく強固な能力を有している。

10 そのような都道府県医師会や郡市区医師会の尽力により、東日本大震災の一
11 年前に本委員会が提言した J M A T (日本医師会災害医療チーム)のあり方も、
12 「J M A T ○ ○」の創設など各地で自律的に進化してきた。本委員会では、こ
13 うした状況を踏まえ、J M A T 活動を含む地域医師会のあり方を中心に議論を
14 行った。

15

16 本委員会において、地域包括ケアと災害医療に関するワーキンググループで
17 は、地域医療や地域包括ケアシステムは、かかりつけ医機能を中心に据え、地
18 域の医師会と行政とが上述のごとく「車の両輪」となって構築すべきものであ
19 るとした。それは、被災地内外から多数の医療チームが参集する災害医療にお
20 いても同様である。地域医師会が当地における災害時の医療、地域社会の復旧・
21 復興に大きな役割を担う。

22 他方、J M A T 活動に関するワーキンググループからは、「J M A T 活動と
23 は、被災地の医師会と全国の医師会との『協働』である」という概念が導き出
24 され、「被災地 J M A T」と「支援 J M A T」という考えが示された。

25 「被災地 J M A T」を含む地域医師会の懸命な活動が、被災者の生命や健康
26 を守り、地域医療や地域包括ケアシステムの復旧、ひいては被災地の復興や新

1 たな街づくりにつながっていくことが確認された。

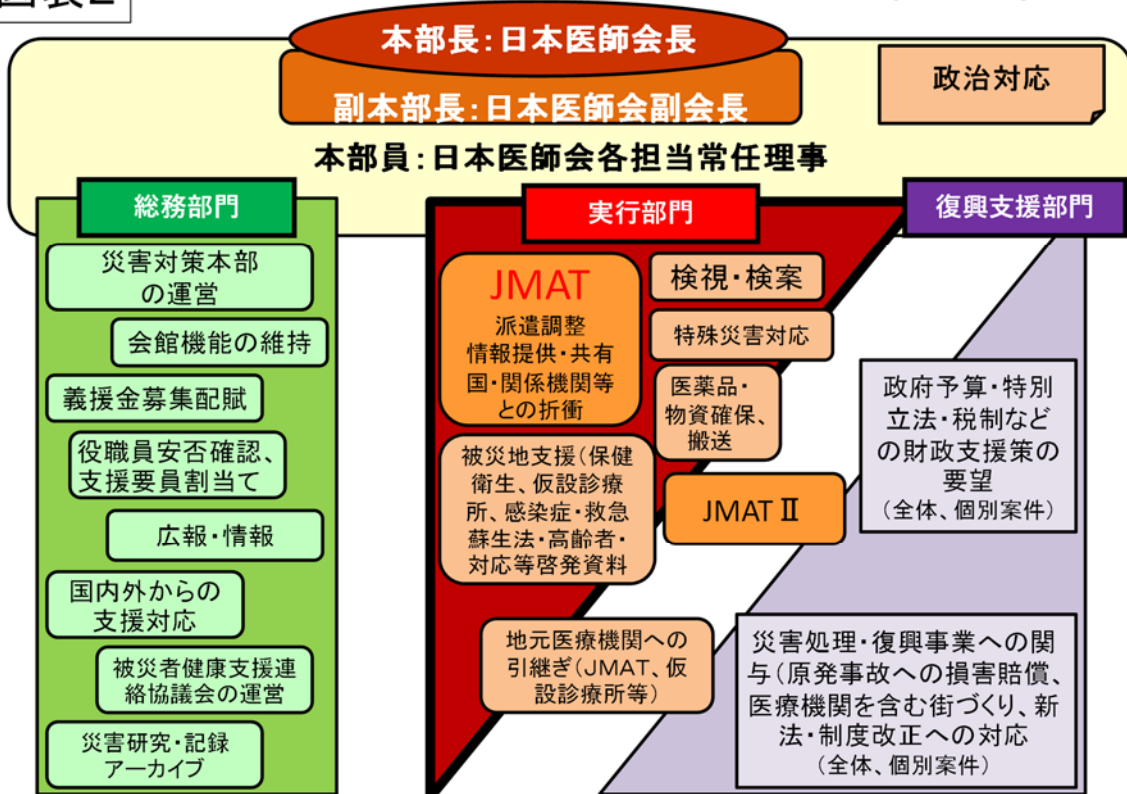
2 また、日本医師会の災害対応組織は、現在、防災業務計画の記載のとおりで
3 ある。医師会組織の特性を踏まえつつ、インシデントコマンドシステム（I C
4 S）に基づく体制強化に向けた検討が不断に必要である。

5

図表2

現在の日本医師会 災害対策本部

イメージ



6 日本医師会防災業務計画。平常時の担当分野に拘束されない。一つの課、一人の職員が複数部門に関わるケースもある。

7

8 国の動向に目を転ざると、厚生労働省は、平成 29 年 7 月 5 日付通知「大規
9 模災害時の保健医療活動に係る体制の整備について」を発出し、被災地の医療
10 活動と保健活動を総合的にマネジメントするという考えに基づき、都道府県保
11 健医療調整本部の設置と保健所の機能強化を示した。併せて、「災害診療記録」
12 や避難所アセスメントシートなど様式の共通化も図り、情報の連携・集約を行
13 っていくこととなった(図表3)。

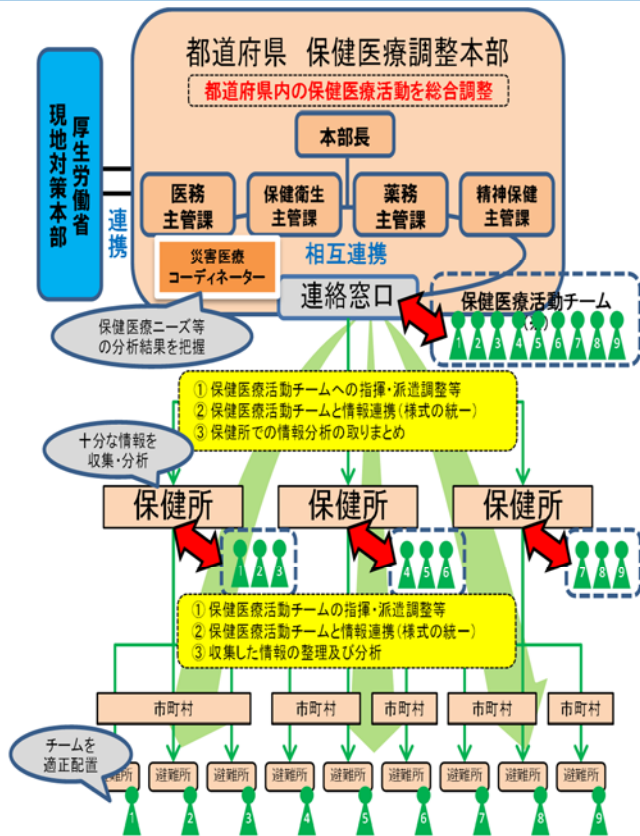
14

図表3 「保健医療調整本部」(平成29年7月5付厚生労働省通知)

今後の大規模災害時の体制のモデル

- 医療チームと保健師等の活動を総合的にマネジメントすることを目的
- 被災都道府県に設置された保健医療調整本部において、保健所と連携し、
 - ① 保健医療活動チームに対する指揮又は連絡及び派遣調整
 - ② 保健医療活動チームと情報連携(様式の統一)
 - ③ 収集した保健医療活動に係る情報の整理及び分析を一元的に実施し、保健医療活動を総合調整する体制を整備する。

保健医療活動チーム: DMAT、JMAT、日赤救護班、国立病院機構の医療班、歯科医師チーム、薬剤師チーム、看護師チーム、保健師チーム、管理栄養士チーム、DPAT等



1
2

3 被災地の都道府県医師会においては、保健医療調整本部に設置される「連絡
4 窓口」に役職員を配置し、また災害医療コーディネーターを派遣し、被害地内
5 外から派遣される JMAT 活動の調整を担うとともに、地域医療や地域包括ケ
6 アシステムの復旧支援のため多職種連携を図るべきである。

7 他方、本通知では、保健所が JMAT などの「保健医療チーム」に対し、指揮・
8 連絡、派遣調整を行うこととされた。しかし、被災地の医療事情を最もよくわ
9 かっているのは、やはりその地の郡市区医師会である。郡市区医師会には、被
10 災地の現場を代表して、保健所とともに、当地に参集する「保健医療チーム」
11 や様々な支援者を統括することが期待される。すなわち、ここでも地域におけ
12 る医師会と行政との触媒的な機能が求められることとなる。加えて、総務省消
13 防庁による報告書(消防庁:平成 28 年度救急業務のあり方に関する検討会報
14 告書.平成 29 年 3 月,pp90~91)によれば、救急救命士の有資格者にも介護御

1 支援専門員（ケアマネージャー）の受験資格を付与する方向性が謳われている。
2 すでに救急・災害医療を十分に学んでいるスタッフが地域包括ケアシステムに
3 活躍することとなれば、JMAT や保健所の活動への大きな支援になるに違いな
4 い。

5 そして、日本医師会には、都道府県医師会や郡市区医師会がその機能を十分
6 に発揮することができるよう、日本医師会防災業務計画及びその別添である
7 JMAT 要綱の改正など、両ワーキンググループで提言された諸施策を実行する
8 ことが求められる。

9 最後に、本委員会審議にあたり、災害医療に関する調査の実施や JMAT 携行
10 医薬品リストや資器材リストへの意見募集を行った。ご協力いただいた都道府
11 県医師会をはじめとする関係各位に御礼申し上げます。

12
13
14

1 救急災害医療対策委員会
2 地域包括ケアと災害医療に関するワーキンググループ
3 報告

4 地域の救急災害医療におけるかかりつけ医の役割
5 ～地域包括ケアシステムにおける災害医療を中心に～
6
7

8 目次

9 1. 地域包括ケアシステムにおける災害医療..... 2
10 2. 多職種連携と災害時の医療統括体制 ～被災地で、「災害支援を受ける側」（受援
11 側）としての役割..... 23
12 3. 被災地の医師、病院・診療所、郡市区医師会は何をすべきか..... 24
13
14
15

16 *「地域包括ケアシステム」:

17 地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防(要介護状態若しくは要支援状態になることの予防又は要介護状態若しくは要支援状態の軽減若しくは悪化の防止をいう。)、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制。

(地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律第2条)

1. 地域包括ケアシステムにおける災害医療

地域包括ケアシステムには、かかりつけ医を中心として多様な職種が参画する。したがって、かかりつけ医が、そうした職種をメディカルコントロール(MC):医療統括(後述)することが重要であり、それは、被災地内外から医療・保健・介護・福祉に関わるチームや個人が非常に多く参集する大規模災害時においても、同様である。

さらに、災害時は、負傷や熱傷、急性増悪、トリアージ、災害医療コーディネート機能やロジスティックス等の対応も求められる。また、現在の地域包括ケアシステム¹での高齢者救急医療体制を災害医療にそのまま移行させることは困難である。他方、厚生労働省による予算事業として MC 体制強化事業が始まり、MC 協議会に MC 医師を配置することとなった。

そこで、地域の医師会が主体的となって、かかりつけ医を中心として構築する地域包括ケアシステムに、MC 体制が、救急災害医療の観点から密接に関与することを提案する。災害時の地域包括ケアシステムを守るために、医師会活動を軸として、かかりつけ医と救急災害医療関係者との連携を強化するということである。

なお、都道府県医師会や郡市区医師会は、協議会への役員派遣、会長職等への就任など、都道府県や地域の MC 体制に関わっているところである。

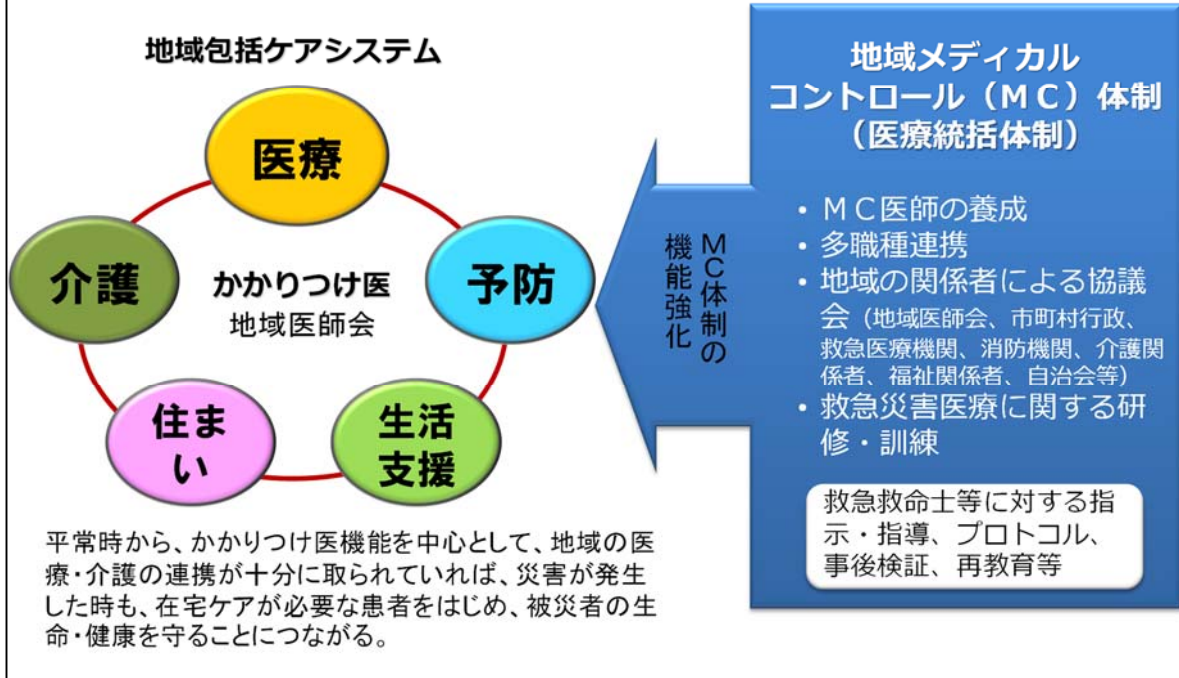
救急災害医療においてはレジリエント Resilient(あらゆる自然災害やテロ、サイバー攻撃といった混乱等に耐え、可能な限り早急に復旧する)能力が地域包括ケアの中で重要となるが、強化される MC 体制は、レジリエンスを有する組織になる機能や能力を有していると考えられる。

ちなみに、平成 28 年 12 月、愛知県医師会は、県庁とともに「災害に強い地域包括ケアの構築を目指して」をテーマとしたシンポジウムを開催している。このように、平時から、かかりつけ医機能を中心として、地域の医療・介護の連携が十分に取られていれば、災害が発生した時も、在宅ケアが必要な患者をはじめ、被災者の生命・健康を守ることにつながる。そうした体制が全国で構築されれば、国としてのレジリエンスの強化に寄与することが期待される。(図表1)

図表1 地域包括ケアシステムにおける災害医療

レジリエント (Resilient) な地域包括ケアシステムの構築

(レジリエンス：あらゆる自然災害やテロ、サイバー攻撃といった混乱等に耐え可能な限り早急に復旧する能力)



1

1 (1) 考え方

2 ● 前期本委員会報告書では、MC を「医療統括体制」と日本語として分かりやすく表
3 すことを提案した上で、その対象を「地域包括ケアシステムにおいて医療に携わる
4 あらゆる職種」とし、医療・介護・予防・生活支援が安全で適切に行われていくべき
5 とした。

6 そのため、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
7 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
8 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
9 性を述べた(具体例として、東京都八王子市での「八王子市高齢者救急医療体制
10 広域連絡会」(八高連)等を提示)。

11 ● 災害医療に関する研修を受けたかかりつけ医は、災害時において、地域包括ケア
12 システムの中心という立場からの MC 医師として、多職種連携、被災者や要配慮
13 者への診療や健康管理、さらには地域復旧・復興に向けた役割が期待される。
14 (以後、本報告でいうかかりつけ医とは、そうした医師をいう)

15 ● 地域包括ケアシステムは、これから各地で構築、発展していくものであり、それが
16 確固たるものとして確立している地域は、災害にも耐え、対応できる力を持つとい
17 える。大規模災害時は総力戦で対応しなければならず、地域の医療・介護の人的
18 リソースを最大限活用していく必要がある。

＜参考＞福岡県医師会災害医療プログラム（カテゴリーⅡ 平成29年7月）抜粋
災害が発生し、被災地医療を支援する必要がある場合に行うことは以下の4つである。

- (1)被災地の医療需要を把握する。
- (2)被災地の医療供給能力を把握する。
- (3)応援側の医療資源情報を集める。
- (4)被災地への医療支援方法を最適化する。

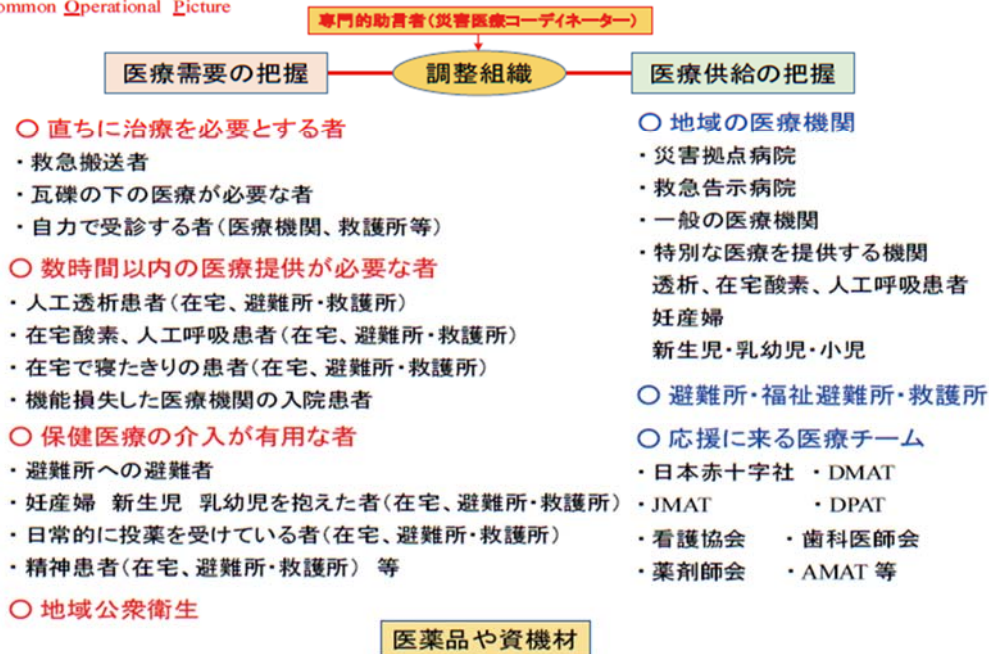
- JMAT を被災地へ派遣
- 傷病者を被災地外へ搬出

最終目的である医療支援方法が最適化されるためには、刻々と変化していく被災地の医
療需要と応援側の供給状況を、互いに連絡して共有する共通状況図(Common
Operational Picture)を事前に作成しておくことが有効である。(図表2)

図表2 共通状況図 (Common Operational Picture)

【共通状況図 (Common Operational Picture)】

Common Operational Picture



福岡県医師会災害医療プログラム(カテゴリーⅡ(平成29年7月より))

※担当者は、COPに従って、管轄地域の情報収集を行う。

1
2 ● 「かかりつけ医」は、大規模災害の際に、自地域の住民・患者に対する診療や健康
3 管理とともに、地域包括ケアシステムの中心的な存在として、各地域での医療
4 統括を担う自覚が必要となる。

5 多くのかかりつけ医は、災害当初においては救護所や自院・近隣医療機関で、
6 慢性期では避難所等で、介護関係者を含む多職種連携を統括していくことが期
7 待される。

8 また、そうしたかかりつけ医の活動を、平時の災害対応準備段階から組織的に
9 啓発・教育することが、都道府県医師会並びに郡市区医師会の役割である。

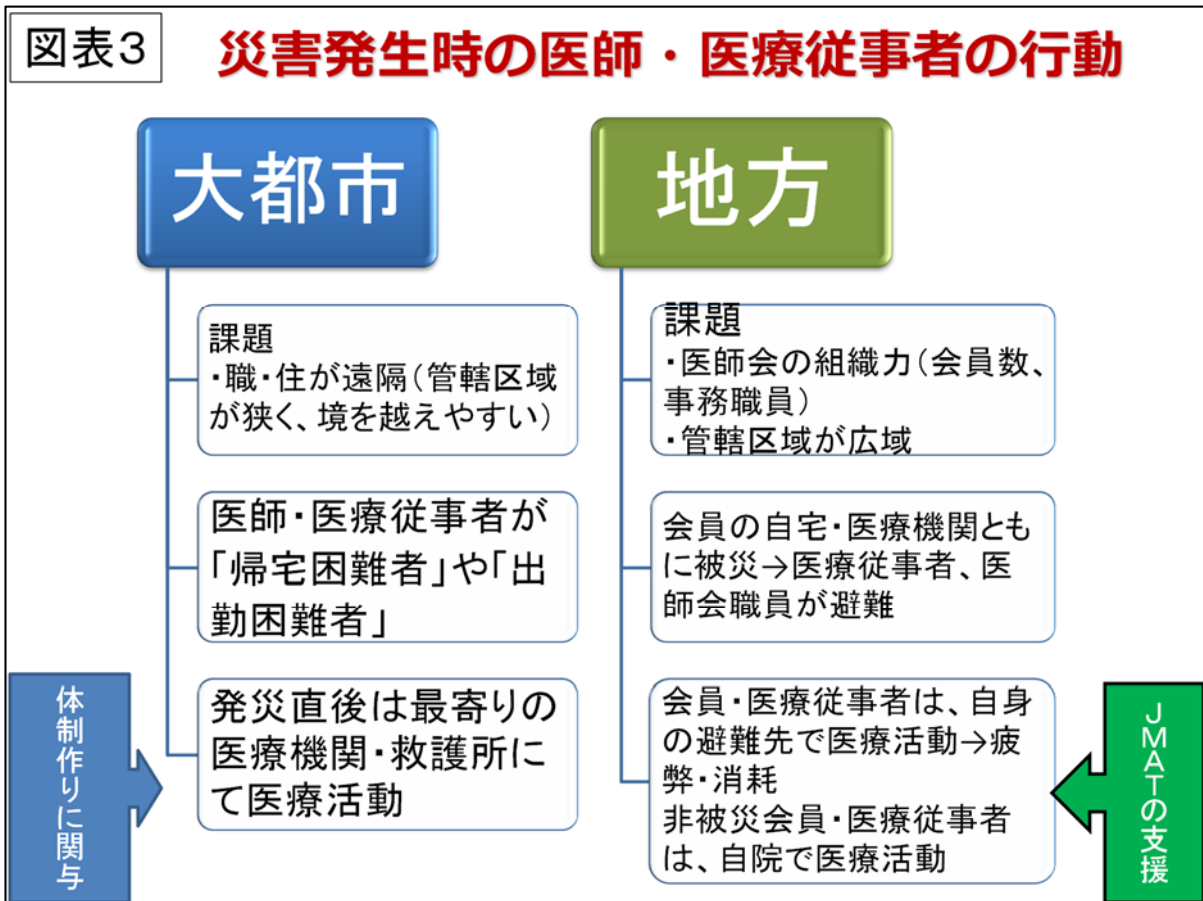
10 ● 災害発生“ゼロ”時(DMAT到着・本格活動開始前)、孤立無縁状態での対応

11 大規模な災害に遭遇して移動手段もなく孤立した状況の中では、個人個人は
12 所謂災害難民である。しかし、一旦医師、看護師、薬剤師等々の自己の能力を発
13 揮できる救急医療現場へ赴き、率先参加して医療行為等の業務を行うことで、帰
14 宅困難者からすみやかに救護者へ立場を転換することが可能となる。

15 たとえば、東日本大震災では都心で帰宅難民が多数生じたが、今後不幸にして
16 首都直下型地震等が発生した場合、都内の勤務先で大震災に遭遇した時、家族
17 知人の安否確認後、その職場あるいは勤務地域でそのまま必要とされる災害医

1 療行為を実施することは可能である。逆に都内が勤務先で郊外の住居で被災し
2 た時、最寄りの医療機関で救急医療業務にあたることも出来よう。

3 即ち迅速に、自助、互助、共助が同時に開始となる。そのような緊急事態も今後
4 想定して、医師であることを示す日本医師会の医師資格証のように、各種医療関
5 係者の資格について最小限身分を担保するようなカードを、歯科医師、薬剤師、
6 看護師等の各団体に発行することも考慮すべきであろう。(図表3)



7

Local(Limited)DMAT による初期活動の提案

たとえば、神奈川県の場合では、LDMAT とは運営要綱によると神奈川県内で発生した地震及び航空機・鉄道事故などの大規模災害の発生直後に活動できる機動性を持ち、神奈川県が実施する[神奈川県 LDMAT 隊員養成研修]を受講した救急治療を行うための専門的な訓練を受けた災害派遣医療チームとなっており、被災市町村等からの要請に基づき、災害拠点病院又は災害協力病院から派遣されることになっている。神奈川県内の33の災害拠点病院のうち25病院、36の災害協力病院のうち3病院がLDMAT指定病院として指定されている。

LDMAT の活動内容は地域消防機関と連携し、

1. 災害現場でのトリアージ、緊急治療等(現場活動)
2. 被災地内での患者搬送及び搬送中の診療等(域内搬送)
3. 被災地内での災害拠点病院でのトリアージ、診療等(病院支援)
4. 被災地内での対応が困難な重症患者の被災地外への搬送のためのトリアージ及び搬送中の診療(域外搬送)

チーム編成は医師、看護師、業務調整員からなる1チーム5人編成を基本とする。指揮命令系統は、DMAT と同様に、県医療救護本部内に設置された DMAT 調整本部(統括DMAT)及び災害コーディネーターが連携し LDMAT の調整を図っている。

このような地域に密着した小回りの効く LDMAT が少なからぬ都道府県で組織化されており、かかりつけ医機能を推進する医師会との連携が図られれば、地域包括ケアシステムにリンクした速やかな活動が被災地内あるいは被災地に隣接した地域で可能な状態にあることを認識しておく必要がある。

1

- 2 ● 災害発生直後では、防ぎ得る災害死(Preventable death)をできるだけ減らし、ま
3 た慢性期以降は避難所、仮設住宅、在宅等における災害関連死(感染症、処方
4 薬を服用できなかったことによる持病悪化、衰弱死、過労死、自殺、静脈血栓塞栓
5 症)を防ぐ。

6 そのためには、災害に耐え、対応できる地域包括ケアシステム(垂直連携から水
7 平連携へ)を平時より確固として構築しておくことが必須であり、大規模災害を見
8 据えた医療統括体制の強化・発展とかかりつけ医機能の推進が必要である。

1 ▶ **郡市区医師会の具体的体制(都道府県医師会との連絡体制含む)**

2 救急災害対策委員会を定期的開催し、地区レベルの机上訓練、実地訓
3 練の計画を策定、実施し、評価、改善することにより実効的な防災対策を準
4 備する。

5 そのために、日本医師会生涯教育カリキュラム2016「災害医療」を踏まえた
6 研修において、その訓練方法や計画策定の手順などを盛り込み、広くかかり
7 つけ医である会員に周知させる。

8 災害時の安否確認や情報の収集・提供、また緊急事態の報告のため、医
9 師会において、かかりつけ医である会員との何らかの通信手段(簡潔に連絡
10 のやり取りができるアプリなど)を平時から整備しておくことも求められる。

11 ▶ **医師会生涯教育(救急蘇生法、災害医療)**

12 生涯教育カリキュラム 2016「災害医療」に基づき、自地域での災害発生、
13 被災を想定した研修、Mass Casualty Life Support (MCLS)[多数傷病者への
14 対応標準化トレーニングコース]、メディカルラリー(医師、看護師、薬剤師、
15 理学療法士、救急救命士など救急医療に携わる者が主に病院 前救護にお
16 ける知識、技術を競う競技会)、多職種災害医療研修会、日本医師会 ACLS
17 (二次救命処置)研修(図表4)に取り組む。

図表4

日本医師会生涯教育カリキュラム<2016>

14. 災害医療（2016年度より追加）

【ねらい】

自地域が被災した場合や医療チームの一員として被災地に出動した場合に適切な災害医療活動が行えるよう、災害医療に関する基本知識を身につける。

【目標】

① 急性期患者への適切な対処や蘇生の方法を実践できる。

* BLS (Basic Life Support) 、 ALS (Advanced Life Support) 、 JATEC (Japan Advanced Trauma Evaluation and Care) 、 JPTEC (Japan Prehospital Trauma Evaluation and Care) など

② オールハザードアプローチに基づき、主な災害の種類ごとに多く見られる傷病とその初期対処法の説明ができる。

* CBRNE 災害 (Chemical, Biological, Radiological, Nuclear, Explosive) 、 国民保護法事案、戦傷医療 (ターニケットなど) など

1

日本医師会生涯教育カリキュラム<2016>

③ 災害関係法令・諸制度、システムなどの概念・用語について説明ができる。

* ICS (Incident Command System) 、 CSCATTT (Command & Control, Safety, Communication, Assessment, Triage, Treatment, Transport) 、 CBRNE、関係する世界医師会宣言、スフィアスタンダードなど

④ 行政や医療介護を含めた多職種地域連携を実現し、地域復興に寄与できる。

* 災害事象からの再生と保険診療や政策医療に関する知識の活用など

⑤ 都道府県や現地の災害医療コーディネート機能を尊重し、関係者間での情報共有に努める。

* 現地での連絡会・ミーティングへの参画、後継の医療チーム (派遣元含む) への現地情報の引き継ぎなど

⑥ 避難所での長期・集団生活をサポートできる。

* 衛生状況の把握、感染症対策を含む公衆衛生的アプローチ、避難者に対する健康管理、健康教育、保健指導など

⑦ マスギャザリングにおける医療救護体制を計画立案し、実施することができる。

* 多数の人が同一時間・地域に集合するスポーツイベント等での対応など

2

1 ➤ MC 体制(医療統括体制)の強化

2 地域の救急医療に精通した医師(MC 医師)を配置し、多職種間での連携
3 を密にしておく。また、消防署に勤務していない救急救命士資格保有者など、
4 災害時に活用できる人的リソースを把握し、統括していく体制づくりを行う。さ
5 らに、介護施設や居宅サービスに従事する介護関係者に対し、MC の重要性
6 について周知徹底を図る。

7 地域包括ケアシステム内での災害医療時の活動に際し、当該の MC 協議
8 会を中心とした体制を整備することを提案する。

9 ➤ 多職種連携(医療、介護、福祉、在宅関連事業者)

10 災害医療に関心の高い医療従事者(医師・看護師・コメディカル・病院事務
11 職員など)に、トレーニングの機会を提供、多職種による都道府県民医療推進
12 協議会等での災害時の連携のあり方について平時より協議を行う。

13 ➤ 郡市区医師会レベルの在宅医療協議会における役割分担

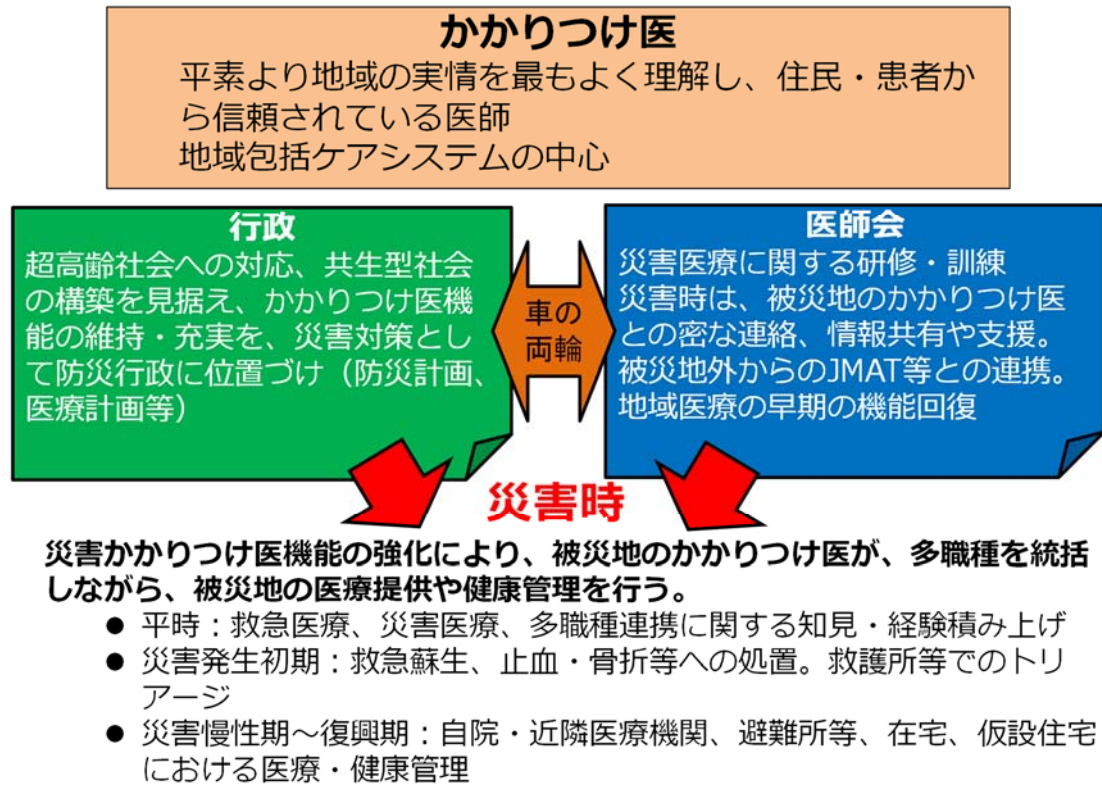
14 平時から災害時における多職種の役割分担を決めておく。また、平素より
15 顔の見える関係を構築しておくことで、発災時、その地域でかかりつけ医がコ
16 ーディネーター、医療統括役となり、MC が円滑に行われる。

17 ➤ 災害時におけるかかりつけ医機能の強化(災害かかりつけ医機能)(図表5)

18

図表5

災害時のかかりつけ医機能



1

2

災害時のかかりつけ医機能

3

平素からかかりつけ医として、地域の様々な実情を最もよく理解し、住民・患者から信頼を得ている医師が、災害時においては、自ずから多職種を統括しながら、被災地における医療活動や健康管理を行うことになる。また、被災地外からのJMAT等と情報共有して連携し、効率的な災害時の医療の提供と、地域医療の早期の機能回復を目指す。そうした活動を、車の両輪となるべき行政と地域医師会のもと組織的に行う。

8

9

- 救急医療体制の中でかかりつけ医の役割は明示されてきた。また、災害医療におけるJMATの整備は進んできた。

10

11

- しかしながら、災害時のかかりつけ医の役割が、災害対策基本法に基づく地域防災計画における災害医療に位置づけられていない。

12

13

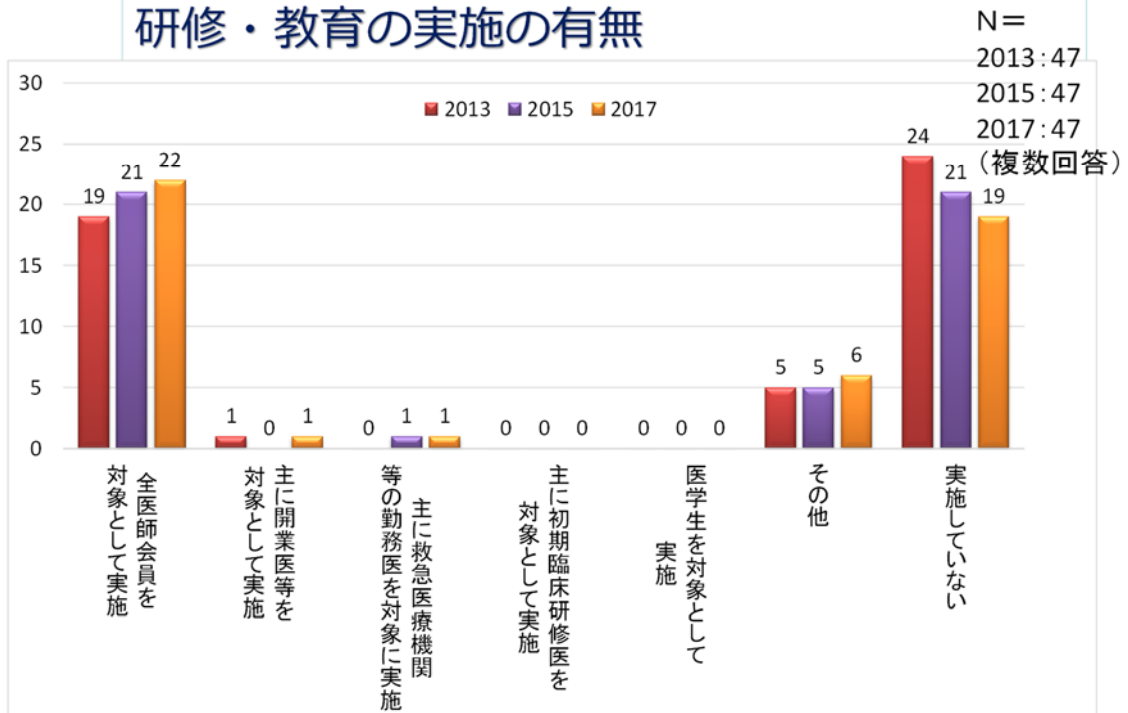
さらに、生涯教育制度や会員に対する災害医療研修は十分ではなく（図表6）、医師会による災害時における「かかりつけ医」機能の推進策はとられてこなかった。

14

15

図表6

災害医療チーム参加者だけでなく、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



2017年度「災害医療に関する調査」結果(47都道府県医師会対象)

- 地域包括ケアシステムは、かかりつけ医機能を中心に据えて、地域の医師会と行政とが「車の両輪」となって構築していくべきものである。災害対策においても、防災計画や医療計画等へのかかりつけ医機能の明記と、医師会活動における災害時のかかりつけ医機能の指揮権等の強化を相乗させていく必要がある。
- 確固たる地域包括ケアシステムの構築や地域医療の早期復興が重要な災害対策であるとの視点から、日本医師会、都道府県医師会、郡市区医師会は、かかりつけ医機能の強化を図るとともに、今後の中央防災会議、地域防災会議や関係会議で、国・地方の災害対策におけるかかりつけ医機能を明確化するよう主張していくことが必要である。

 - 平常の段階で、災害対応可能なかかりつけ医は求められる災害医療についての教育、研修、訓練を受け、災害発災時に他の救助隊と協力して救護活動できるように準備をしておく。
 - 災害発生時には、被災地の都道府県医師会、郡市区医師会対策本部は、災害かかりつけ医機能の維持・充実のため、被災状況をあらゆる通信手段で密に共有し、救護活動に必要な物資等を把握し、

1 現場の救護活動の要請に応じる。現地との対応は、DMAT、JMAT
2 等の外部からの医療支援が到着するまでは、最悪の事態も想定し、
3 昼夜休むことなく続け後方支援する。

- 4 • 特に、大都市圏などでは、かかりつけ医の住居と診療所等が必ずしも近
5 接していない場合も多い。歴史的に行政区域や医師会の所管区域を超
6 えた深いつながりのある地域も同様である。

7 前述のように、災害発生直後は、医師会相互の連携機能を活かして、
8 そのとき自身がいた場所(住居あるいは勤務先医療機関など)を所管す
9 る地域医師会(本人は別の医師会に所属)の医療支援活動に参加でき
10 るようにすることも、災害時のかかりつけ医機能に含まれる。その際は、
11 身分を担保する医師資格証を有していることは必須である。

- 12 ▶ 都道府県医師会の連携(研修、医療・介護の連携における行政との協議等)、
13 郡市区医師会の机上訓練、実地訓練のサポートを行政に依頼する。都道府
14 県医師会は、その役割として多職種による都道府県民医療推進協議会の旗
15 振りになるべきであろう。

- 16 ● 自地域に、どのような災害リスクが想定されるか、どのような被災患者を受け入れ
17 ることができるかの地方自治体の資料に基づく考察、現状把握

- 18 ▶ 自院周辺地域(地域包括ケアシステムの区域)

19 在宅医療・介護連携情報共有システム[IT を利用した医療と介護をつなぐヘル
20 スケア・ソーシャルネットワーク]の運用が可能か？

- 21 ▶ 郡市区医師会、二次医療圏等の区域

- 22 ▶ 自院以外の地域の医療機関(一般の病院・診療所[診療機能、入院患者等]、
23 中核的な病院)、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護施設等)の
24 把握

- 25 ● 自院の被災リスクの把握、対処

- 26 ▶ 建物の耐震性の確認、ライフラインの弱点の認識、被災時の対処法の検討

- 27 ▶ 揺れで動いたり倒れたら危険な医療機器の有無の確認と平時にできる対策

- 28 ▶ 電子カルテ・患者情報・IT関係機器の災害時の対応策の検討

- 29 ▶ 患者・従業員の避難体制(津波防災地域づくり法、水防法上の警戒区域に立

1 地する医療機関等は、避難確保計画の策定義務あり)

2 ➤ 停電等に備えた自院の在宅患者(要配慮者)の情報の一括紙面管理

3

4 (2) 地域包括ケアシステムにおける災害医療の段階

5 ● プレ(平時)段階

6 ➤ 地域のかかりつけ医としての活動(日常診療、予防接種、学校医、産業医、介
7 護・福祉関係業務、在宅当番医・休日夜間急患センターへの出務など)

8 ➤ 自地域、自院の災害リスクの想定、脆弱性の評価、対処

9 ➤ 医師会生涯教育における研修(郡市区医師会)

10 ➤ 要配慮者への対策:医療専門家集団として、地域医師会が以下を行政に対
11 し要請

12 ● 超高齢社会の到来、医療的ケア児の在宅移行などを踏まえ、災害時の
13 要配慮者に視点を置いた災害対策の立案、さらには街づくり。

14 ● 地域の防災計画、福祉計画等における要配慮者対策の明記(計画策定
15 時の要配慮者自身や支援者の参画促進。男女共同参画)

16 ● 避難所の運営マニュアルの策定(同上):内容は後述の通り

17 ● 介護施設・社会福祉施設の入所者・従業員等の状況、在宅要配慮者の
18 所在等の情報提供に関する取決め(郡市区医師会・市区町村)

19 要配慮者の情報把握には、在宅医療・介護連携情報共有システムが
20 有効に運用されていれば有用なツールである。このシステムの構築と運
21 営に行政のさらなる支援を求めるとともに、システムを市区町村から都道
22 府県単位にまで拡大していく必要がある。

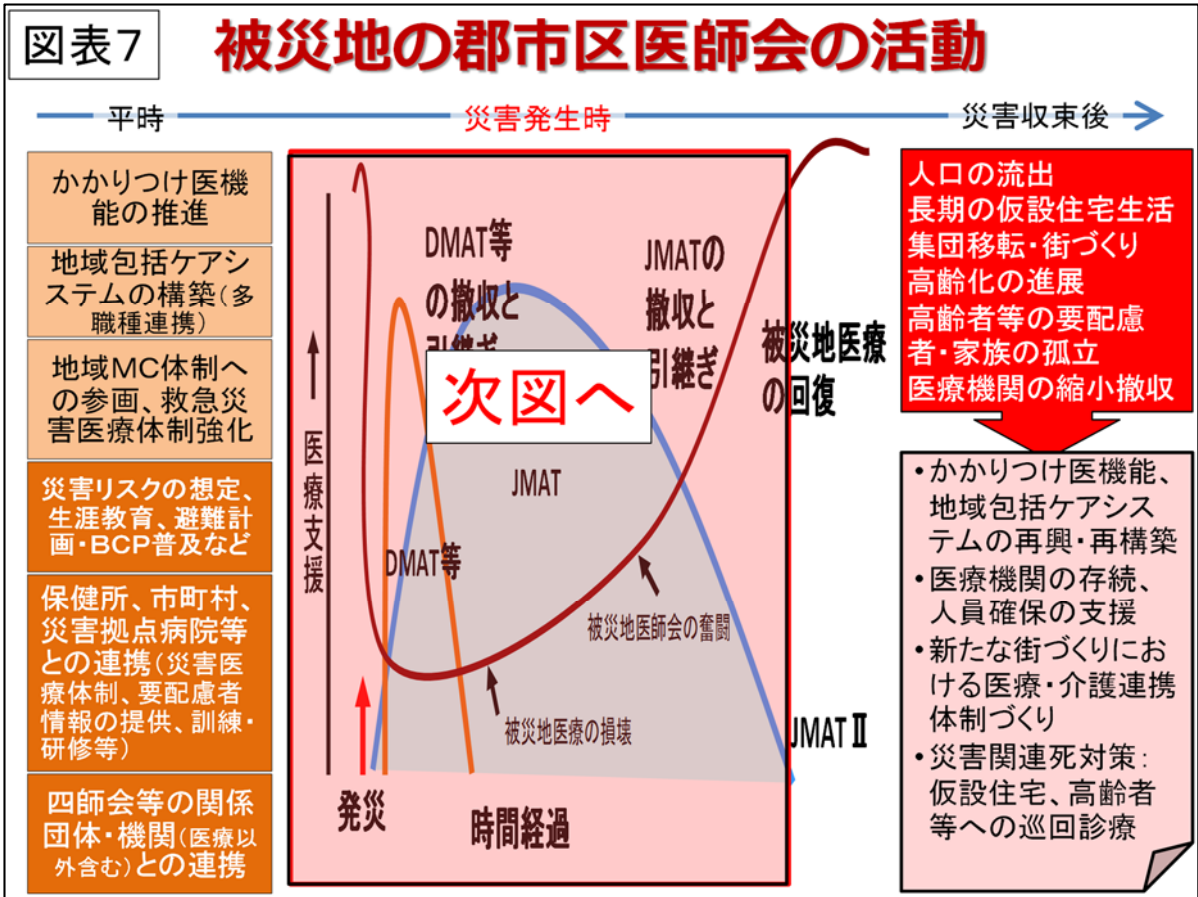
23 ➤ 平常時からの「顔の見える関係」の醸成

24 ● かかりつけ医機能:地域保健(学校医含む)

25 ● 四師会等の医療・介護・福祉・保健関係団体

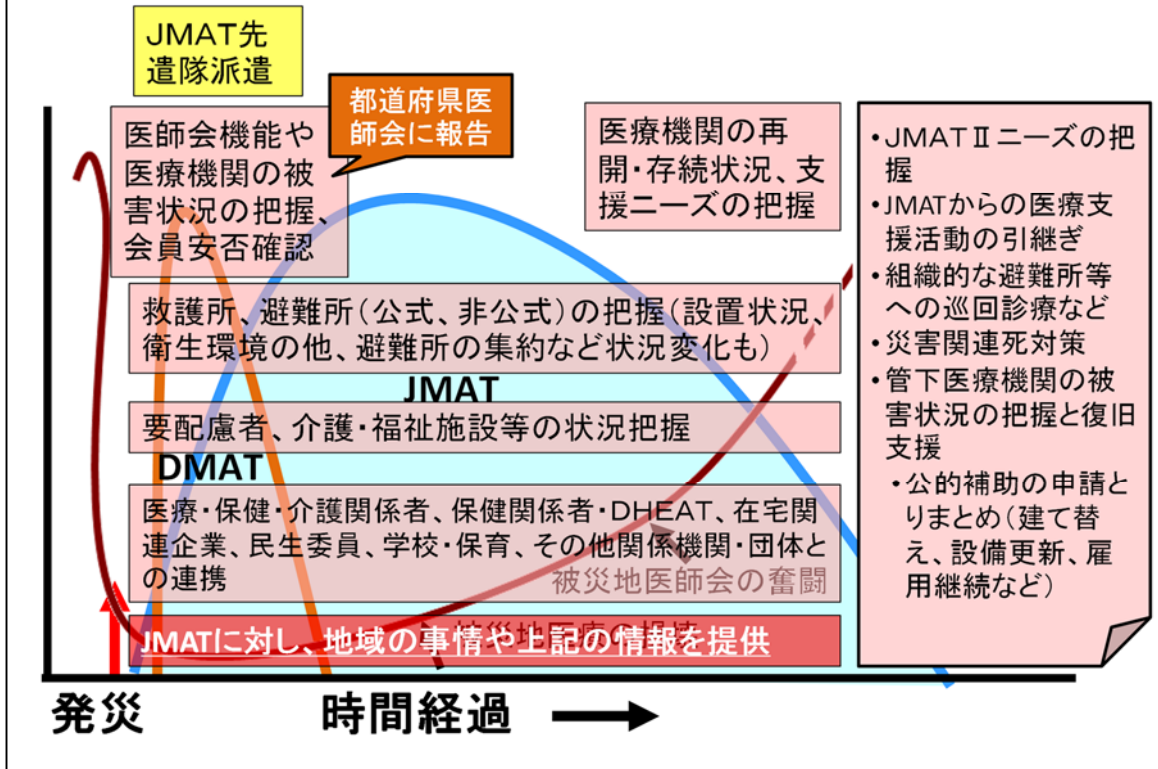
26 ● 行政:保健所、市町村保健センター、医療部局、介護・福祉部局、教育・
27 保育

- 1 • 社会福祉協議会、運送・流通・エネルギー関係業者、医薬品卸、民生委
2 員、自治会又は町内会、NPO
- 3 ➤ 四師会、病院団体等との連携、協定の締結。合同研修・訓練、医薬品(流通)
4 備蓄、「防災お薬手帳」等の準備
- 5 ➤ 行政の災害対策本部、保健医療調整本部、被災地ごとのコーディネート機
6 能の拠点に、都道府県医師会、郡市区医師会が役職員を配置することを取
7 り決める。
- 8 ➤ 上記のような「プレ段階」における様々な対策が、非常に困難な被災地の地
9 域医療や地域包括ケアシステムの復旧・復興に資するという認識を、地域で
10 共有する。
- 11 ● スタート:災害発生“ゼロ”時(DMAT・JMAT 等の到着前)の段階
- 12 ➤ LDMAT 始動(システム構築の地域)
- 13 ➤ 自身の安全確保
- 14 ➤ 家族や自院従業員の安否確認・自院の被災状況の確認・避難
- 15 ➤ 情報の収集(メディア、近医、地元医師会など)
- 16 ➤ 市区町村に対し、要配慮者の所在等の情報提供の要請とその情報の共有化
17 (郡市区医師会)
- 18 ➤ 自院、他院、救護所、自身の避難先の避難所等での自助、互助、共助等の
19 活動開始
- 20 ● DMAT・JMAT(県内・県外)の到着段階:DMAT・JMATとの情報共有、負担軽
21 減・休養、自院の復旧専念
- 22 ● 被災県・地域の医師会活動の開始段階(例:JMAT岩手):県外からのJMATの撤収
- 23 ● 収束段階:県内外のJMATの撤収・引継ぎ、自院の復旧、診療や地域包括ケアの
24 再開(必要な場合は、JMAT IIを派遣)
- 25 ● 事前策定した事業継続計画(Business continuity planning、BCP)に合わせ、早期
26 に地域医療の復旧。
- 27 ● 上記における都道府県医師会の役割



図表8

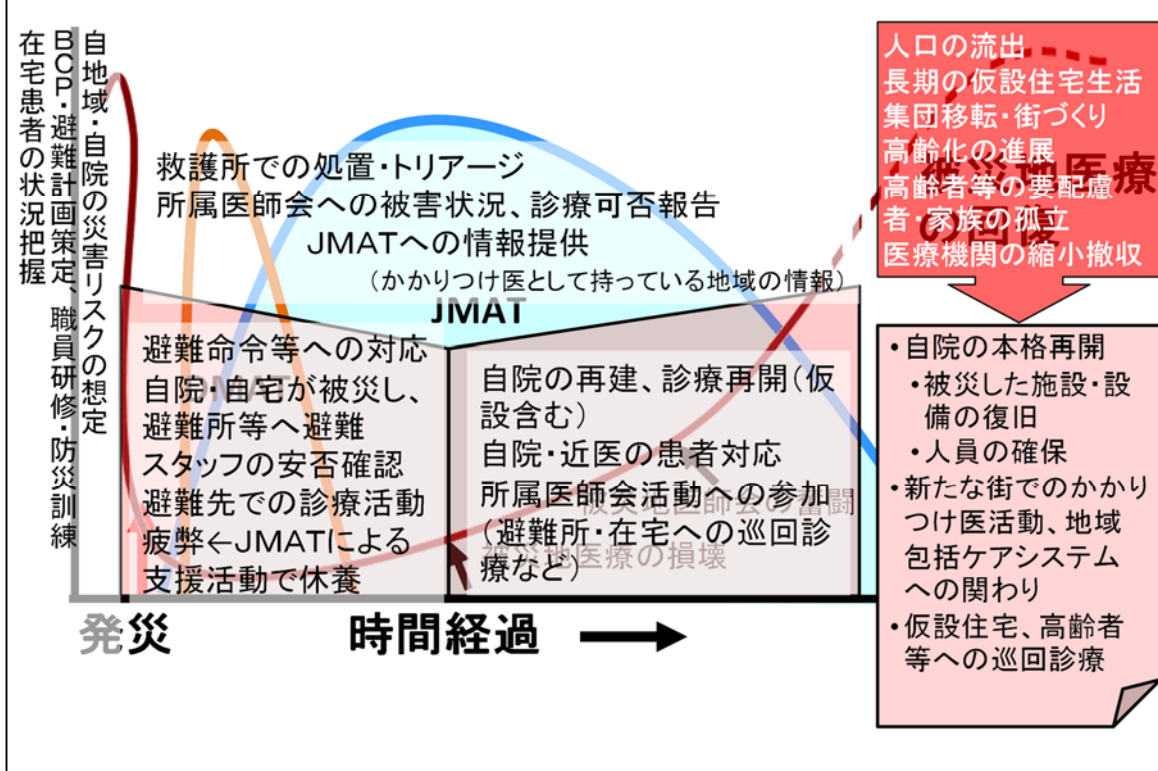
被災地の郡市区医師会の活動



1

図表9

被災地の医師（かかりつけ医）



2

1 (3) 地域包括ケアシステムにおける災害医療の担い手

- 2 ● かかりつけ医:災害発生“ゼロ”時以降の医療、保健、お薬手帳、在宅医療・介護
- 3 連携情報共有システム
- 4 ● 地域の郡市区医師会:被災状況の把握、県医師会との連絡調整
- 5 ● JMAT:被災地でのかかりつけ医への支援
- 6 ● 医師以外の被災地の医療従事者:歯科医師、薬剤師、看護師・准看護師、保健師、
- 7 リハビリ専門職種、検査技師、事務職(連絡、業務調整)・・・地域包括ケア支援セン
- 8 ター、介護・福祉業務従事者:介護支援専門員、ホームヘルパー等

10 (4) 地域包括ケアシステムにおける災害医療の対象者

- 11 ● 地域住民(平時、何かあれば受診・相談に来院する者)
- 12 ➤ 避難所(指定避難所、未公認の避難所)への避難者
- 13 ➤ 避難せずに、居宅や高齢者住宅等に在る者
- 14 ➤ 車中泊その他
- 15 → 感染症、ストレス、エコノミークラス症候群、粉塵その他による健康被害等出現時の
- 16 DHEAT: Disaster Health Emergency Assistance Team(災害時健康危機管理支援チ
- 17 ーム)として現地に派遣された要員との速やかな情報共有と協働
- 18 ● 地域住民(専門外、診たことのない患者の多数来院)
- 19 ➤ 臨機応変に対応できる臨床能力
- 20 ➤ 幅広い診療能力
- 21 →医師会生涯教育(14. 災害医療)等でのかかりつけ医として求められる役割の災害
- 22 医療の応用力向上
- 23 ● 要配慮者・避難行動要支援者
- 24 「要配慮者」一人ひとりに対して複数の避難支援者を定める等、具体的な避難支
- 25 援計画(以下「避難支援プラン」と称する。)を策定しておく。
- 26 また、災害時には、行政が保有する要配慮者・避難行動要支援者のリストが医師

- 1 会へ提供されるよう、あらかじめ取り決めを行っておく。
- 2 ▶ 高齢者:平時の救急搬送増大(実数、全世代に占める割合)
- 3 ▶ 乳幼児、小児、成人で平時からケアが必要な者、小児周産期リエゾン
- 4 ▶ 妊婦 保健師或いは助産師の関与
- 5 ▶ 精神障害者 服用薬剤の早急な把握、PTSD、ストレス→災害派遣精神医療
- 6 チーム(DPAT)との情報共有
- 7 ▶ 人工透析患者(日本透析医会災害時情報ネットワーク)、在宅酸素療法
- 8 (HOT)患者(日本呼吸器障害者情報センター)など
- 9 ▶ 平時からの外来通院患者、在宅患者(一時入院患者)
- 10 ▶ 外国人(在住、観光・ビジネス等の訪日客)
- 11 → 居所、健康状態、疾患の増悪などの把握。対処の判断

12 高齢者、障害者等の枠組みにとらわれず、「一番困っている人」から柔軟に、機敏に、
13 そして臨機応変に対応することが求められる。

14 高齢者施設とそうではない施設の救急要請の重症度分類を比較すると、前者の方
15 が重度の患者が多い(図表10)。他方、医療機関が近隣に併設されていることも多い
16 高齢者施設では、救急隊の現場活動時間、搬送所要時間は、非施設群に比べて短い。

17 しかし、高齢者施設が急増している中、近年はその時間は伸びつつある(図表11)。
18 災害時における施設入所者の生命や健康を守るためには、地域医師会と、管下の介
19 護・社会福祉施設との連携が不可欠である。

図表10 非施設及び高齢者施設における救急要請時の重症化率

	非施設群 (%)	施設群 (%)
軽症	33.7	16.9
中等症	40.7	44.4
重症	22.7	33.2
死亡	2.9	5.5

坂出市消防本部管轄内における高齢化と高齢者福祉施設からの救急要請の変遷
 三谷武 郡山一明 首藤直規 : プレホスピタル・ケア 第29巻第3号 77-79. 2016

郡山一明委員作成資料
 (表題の一部を改変)

1

2

入所施設は高齢者の災害時の避難や搬送に責任を持つべきであるが、職員数が少ない施設やハザードマップで危険性の高いところは普段から地元の消防隊や自治会、町内会等と合同訓練をするように市区町村の行政が協力する。

3

4

- 避難所運営のリーダー・中心人物、行政職員

5

被災地のコミュニティにおいては、避難所等の運営を任されている人物(自治会長等)や行政職員は、極度の不眠や心労等により疲弊している例も考えられる。被災地の医師会として彼らの健康にも留意し、場合によっては、医療における指導的立場から、他の者への交替・役割分担や休憩を取ることを助言、命じることも重要である。

6

7

(5) 災害時における女性や子どもたちへの対応

8

- 大規模災害では、小児(特に新生児、乳幼児)や妊産婦などの災害弱者への積極的な支援が重要である。災害初期には重篤な傷病の小児や出産間近な妊婦の応需・搬送等、緊急性の高い事例への対応が重要と考える。災害発生からある程度の時間経過後には胎児の発育・妊娠継続・分娩施設変更等への不安を

9

1 もつ妊産婦への対応や、体調の変化しやすい乳幼児・小児の把握と配慮も必
2 要である。災害医療のなかで小児周産期医療に対する情報収集と発信、そし
3 て必要な支援へとつなげていくコーディネーターとしての業務を行う。

4 ● 要医療ケア児(医療的ケア児)の安否確認(特に在宅人工呼吸器装着児)につい
5 ては、あらかじめ小児慢性特定疾患対象者リストに人工呼吸器の有無のチェック項目
6 を設け、所管の保健所で対象者を把握しておくことが重要である。被災時には直後
7 からの状況把握と対応が必要である。

8 ● 被災地の医師・医師会をはじめ医療や保健関係者が、行政(医療、保健、福祉・保
9 育、物資、教育等)、避難所関係者(避難所運営、物資、警備・防犯等)、ボランティ
10 ア活動に従事する団体等に対して助言や注意喚起などを行うとともに、関係者全体
11 で情報共有できる体制作りも被災直後からの重要な問題である。

12 ▶ 大規模災害時には、子どもたちには災害の恐怖や避難生活のストレスか
13 ら、夜泣きや怯え、赤ちゃん返りなど様々な変化がみられる。また、避難
14 生活が長期になるにつれ女性や子どもに対する暴力や性被害、DV などの
15 問題発生が報告されている。これらの問題を未然に防ぐためには、避難所
16 設営の早い段階から以下の対応が必要である。

17 ① 女性用や子どもの生活必需品の確保

18 (生理用品、マタニティウェア、オムツ、粉ミルクやお尻ふきなど)

19 ② 授乳室や着替えが可能な女性専用スペース、小さい子どもがいる家庭ス
20 ペース、女性専用トイレなどの確保

21 ③ 子どもの食物アレルギー対応(アレルギー食、エピペンなど)をはじめとす
22 る小児に関する相談窓口設置

23 ④ 妊産婦や女性がすぐに相談できる場所の設置

24 ⑤ 女性や子どもへの暴力等が発生しないよう、その予防のための啓発活動、
25 巡回警備や防犯ブザーの配布、暴力を許さない環境づくり

27 (6) 対象者がいる場所

28 ● 避難所(指定避難所、公的に把握されている自主的な避難所、未把握の避難所)

29 ● 車中泊、屋外テント等

- 1 ● 居宅(高齢者のみの[単身]世帯)
- 2 ● 介護施設、障害者施設
- 3 ● 病院、有床診療所
- 4
- 5

1 **2. 多職種連携と災害時の医療統括体制**

2 **～ 被災地で、「災害支援を受ける側」（受援側）としての役割**

3 **（1）平時からの多職種連携**

- 4 ● 「四師会」による協定、合同での研修・訓練
- 5 ● 「四師会」以外の医療・保健・介護関係団体との連携
- 6 ● 行政関係者(医療・保健・介護・福祉関係)、保健所、保健センター、介護関係
- 7 ● 介護サービス関係者、障害(児)者福祉関係者、民生委員、在宅医療関係企業(在
- 8 宅酸素等)
- 9 ● 学校、幼稚園、自治会・町内会

10

11 **（2）地域ごとの保健所、災害医療コーディネート機能との関係**

- 12 ● 外部からの医療・保健支援チーム、ボランティアの参集
- 13 ➤ JMAT、DMAT、DPAT、日赤、DHEAT
- 14 ➤ AMAT、その他民間医療チーム
- 15 ➤ 本部における指揮命令系統、コーディネート機能
- 16 ● 本部への被災地医師会の関与
- 17 ● 外部からの医療・支援チーム・個人との連携、役割分担
- 18 ● 外部からの支援の撤収時期と引き継ぎ

19

20

1 **3. 被災地の医師、病院・診療所、郡市区医師会は何をすべきか**

2 (前記1, 2以外)

3 ~地域包括ケアシステムの確固たる構築(災害に耐え、対応できる力)

4

5 **(1) 自地域に、どのような災害リスクが想定されるか、どのような被災**
6 **患者を受け入れることができるかの考察、現状把握**

7 ● 無床化した医療機関で利用できるベッドがあれば救護所とし被災者用に提供でき
8 る準備

9 ● アクションカード、BCP(事業継続計画)

10

11 (郡市区医師会)

12 ● 管轄地域や近隣地域の災害リスクの想定、研修・訓練の実施等により、災害に備え
13 た各医療機関の体制づくりに差が出ないようにする。

14 ● 災害拠点病院との連携(災害拠点病院の指定要件の一つとして、「地域の二次救
15 急医療機関及び地域医師会、日本赤十字社等の医療関係団体とともに定期的な
16 訓練を実施すること。」とされている)

17

18 **(2) 自院の被災リスクの把握、対処**

19 ● 各医療機関の災害対策マニュアルの見直し(過去の震災など踏まえて)未作成の
20 医療機関は作成する(たたき台を日医がつくる)

21

22 **(3) 災害発生時**

23 (被災地の郡市区医師会)

24 ● 状況把握と情報提供 どこへ?を決めておく(都道府県医師会、保健所など)

25 ➤ 各医療機関の被災状況

- 1 ▶ 診療可否、ライフライン損傷
- 2 ▶ 空床(患者受け入れ可能数)状況
- 3 ▶ 必要物資・医薬品等
- 4 ▶ 救護所、避難所の設置状況(公式、非公式)
- 5
- 6 ● 被災地の拠点となる病院の近接地に仮設診療所の設置
- 7 ▶ 医療機関が被災して診療ができない会員は、当該診療所において診療。
- 8
- 9 ● 多数の被災者が収容されている避難所等での健康管理体制
- 10 ▶ 感染症、トイレ、食生活等の公衆衛生対策
- 11 ▶ 被災者への保健指導
- 12 ▶ どのような医療ニーズがあるかの把握、関係者の担当割り振り
- 13 ▶ 避難所管理者、行政への助言、提案、意見
- 14
- 15 ● 要配慮者、避難行動要支援者の把握と対策
- 16 ▶ 被災地の歯科医師、薬剤師との連携
- 17 ▶ 被災地の看護職員、リハビリ専門職、介護関係者への指示、指導
- 18 ▶ 外部からの支援チーム・個人(専門職)への指示、指導
- 19 ▶ 平時の情報連携システムの活用
- 20 ▶ 要配慮者の特性を踏まえつつ、要配慮者の日常生活を支援する機器等の防
- 21 災情報伝達への活用を進める。
- 22 ① 聴覚障害者:インターネット(電子メール、携帯メール等)、テレビ放送(地
- 23 上デジタル放送も含む。)いわゆる「見えるラジオ」
- 24 ② 視覚障害者:受信メールを読み上げる携帯電話

1 ③ 肢体不自由者:フリーハンド用機器を備えた携帯電話 等

2

3 (4) 災害からの地域医療・地域包括ケアシステムの復興に向けて

4 (日本医師会、被災地の都道府県医師会)

5 ● 建物に甚大な被害を受けた診療所や民間中小病院が廃院し、地域の医療体制の
6 崩壊に至らせないために、それらの早期の復旧・復興の支援策を、国や都道府県
7 行政と協議する(既存の補助制度の柔軟運用を求めることを含む)。なお、事前に
8 事業継続計画(BCP)を作成しておくことが望ましいが、小規模医療機関ではその
9 知識に乏しいため、日本医師会よりその施設規模に応じたBCPのモデルの作成を
10 提案する。

11 ➤ 医療機関建物の建て替え、移転、修繕等の補助

12 ➤ 医療機器その他診療継続に必要な資器材の購入、修繕等の補助

13 ➤ 医療機関従業員の雇用継続(再開までの一時的な閉院・規模縮小期間含む)

14 ➤ その他、建て替え等に係る諸制度の柔軟な制度運用

15 ● 深刻な医師不足、医療機関の不足となった地域への「JMAT II」の派遣

16

17 (被災地の郡市区医師会)

18 ● 災害関連死対策:避難所、仮設住宅への巡回診療、健診等の実施、

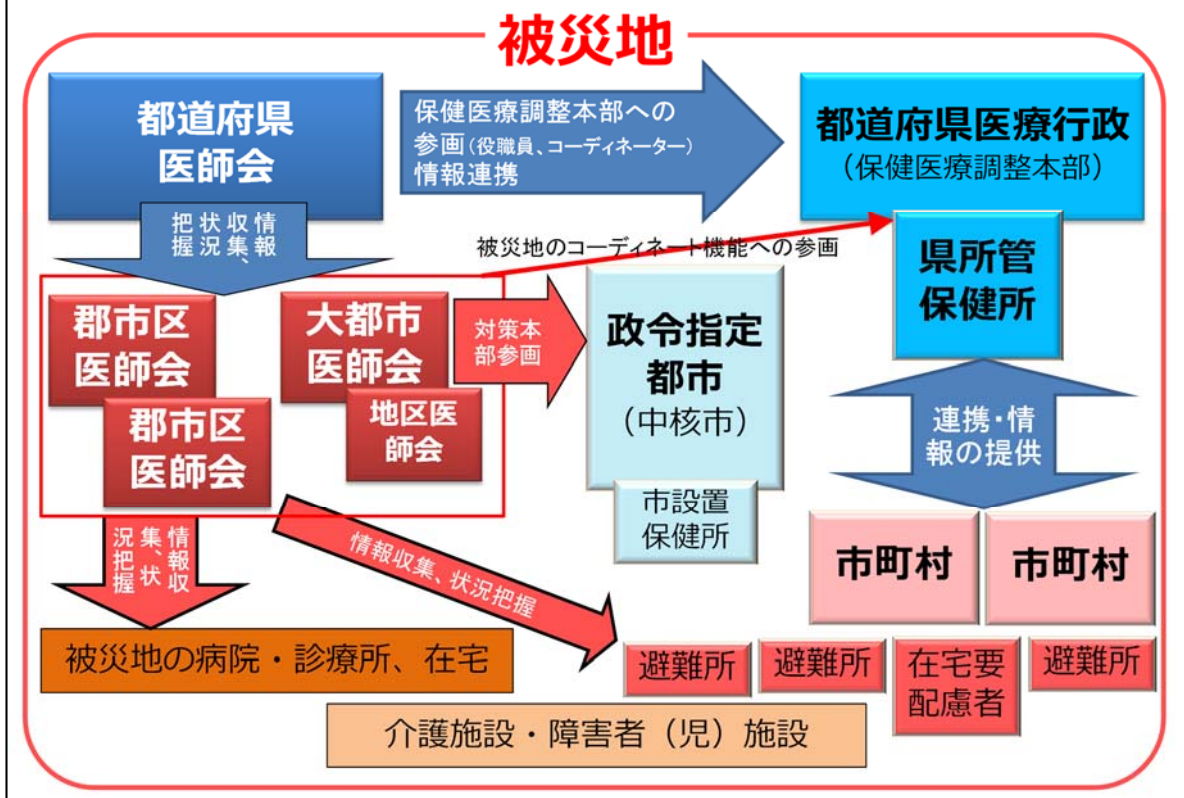
19 ● 廃院や規模縮小をせざるを得なくなった医療機関の患者支援

20 ● 被災地の医療や地域包括ケアシステムの復興における課題の抽出、都道府県医
21 師会や日本医師会への問題提起(被災地の人口流出、高齢化進展、医療機関の
22 減少、災害関連死対策、地域共同体の集団移転における医療提供体制など)、

23 ● 新たな街づくりにおける医療の位置づけ強化、医療・介護連携体制づくり(図表12)

図表12

災害時の被災地医師会と行政との関係



1

2 ○ 災害時の医療統括体制と災害医療(試案)

3 平常時において、地域包括ケアシステムの中心はかかりつけ医であるが、冒頭述べ
 4 たとおり、地域の救急医療に精通した医師(MC医師など)を災害対策責任者(指揮者)
 5 として配置することで、災害に対応したMC体制(医療統括体制)の強化を図り、多職種
 6 間での連携を密にすることが可能となる。さらに、地域包括ケアシステム内での災害医
 7 療活動に際して、MC協議会を主な協議の場とすることが可能となる。一方、日頃より
 8 災害弱者の情報把握を図っておく(個人情報保護は如何にしてなされるかについては
 9 要検討)。それにより災害時における地域包括ケア体制の維持がなされる。

10 そのために、MC医師へのCommand & Controlの付与を、地域包括ケアシステム内
 11 での災害医療時に速やかに行うのも一つの方策である。補佐役として①情報担当、②
 12 関係機関調整担当、③安全担当の3役もあらかじめMC協議会内で決めておくのもよ
 13 かり。またMC体制下での消防機関・自衛隊・海上保安庁に属さず、また看護職員で
 14 はない救急救命士(全国7100名程度 約13%/登録者全体)の登録・組織化によって
 15 災害時医療への積極的関与(現行の現場および救急用自動車等に限定されている業
 16 務場所の見直しが必要)も可能となる。

17

1
2
3
4

**救急災害医療対策委員会
JMAT活動に関するワーキンググループ
報告**

5
6
7

目 次

8
9
10
11
12
13

1. JMATの理念、役割の再確認	2
2. 「統括JMAT」（先遣JMAT）（図表5、8）	19
3. 研修.....	22
4. JMAT携行医薬品リスト、資器材リスト	26

1. JMATの理念、役割の再確認

(1) JMATの理念、役割

(2) JMAT活動の段階

(3) 派遣元の単位（全国、ブロック、被災都道府県）

(4) 被災地の医師会による「JMAT」活動

(5) 受援側としての医師会活動

(6) 災害医療コーディネート機能のあり方

別添：JMAT基本活動マニュアル 被災地に派遣されるチームに向けて

(1) JMATの理念、役割

● JMATは、日本医師会の災害対策基本法上の「指定公共機関」の指定、政府の防災基本計画や厚生労働省関係通知等（医療計画等）への掲載などを経て、公益的な使命を帯びることとなった。

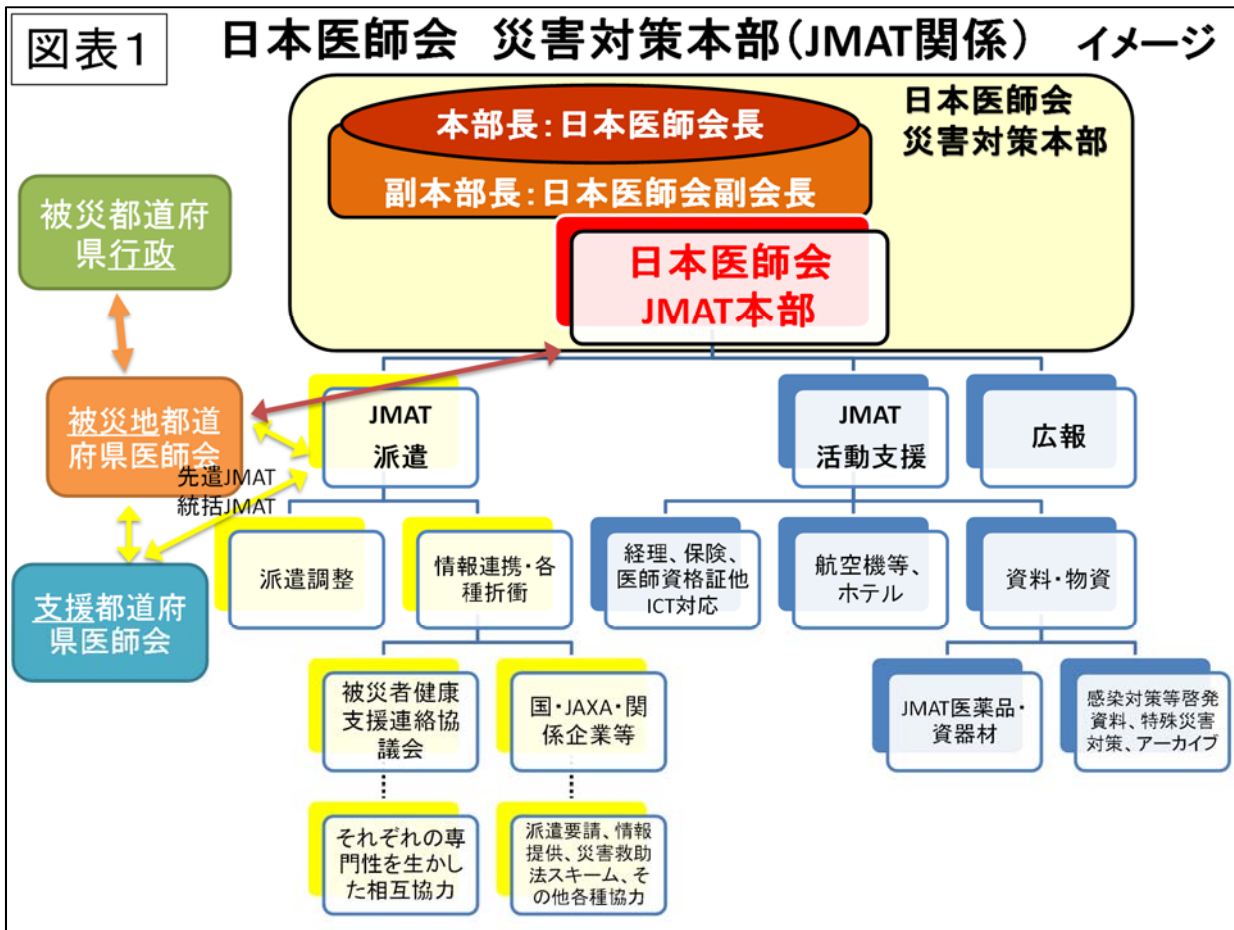
● 日本医師会におけるJMATの派遣は、会長を本部長とする災害対策本部の決定に基づく。その指揮は、現行の防災業務計画上は、「現場指揮者」（インシデントコマンダー：災害担当常任理事が就任）が担当し、JMAT派遣及びそのロジスティックスを行うこととされている。

本委員会としては、「現場指揮者」（インシデントコマンダー）に代えて、JMATの派遣や活動支援を掌る「JMAT本部」を規定することを提案する（図表1）。

JMAT本部は、災害担当常任理事を中心として、JMATの派遣業務、JMAT活動に関わる国や関係団体との連携、経理・傷害保険・交通手段・宿泊関係・物資等の活動支援、広報などの様々な部門を一元的に集約して大規模災害に対応する組織である。具体的な組織のあり方は、インシデントコマンドシステム（日本医師会訳：緊急時総合調整システム）に従う。

図表1

日本医師会 災害対策本部(JMAT関係) イメージ



1

2

3

4

5

6

- JMAT本部は、被災地の都道府県医師会、支援を行う都道府県医師会や統括JMAT（先遣JMAT）等とは逐次連絡を取るとともに、必要に応じ、被災地の都道府県医師会等に担当者（役員、リエゾン）を派遣し、現地との連携に努める。また、JMAT活動に関して、国や被災地に支援チームや要員を派遣する被災者健康支援連絡協議会構成団体とも協議、情報共有を行う。

7

8

9

- 本委員会が2010年3月にJMATの創設を提言した後、東日本大震災、平成28年熊本地震等を経て、各都道府県医師会や郡市区医師会において、災害時の対応やJMATに関する体制が整備されつつある。

以上により、これからのJMATのコンセプトとして、以下を提案する。

10

11

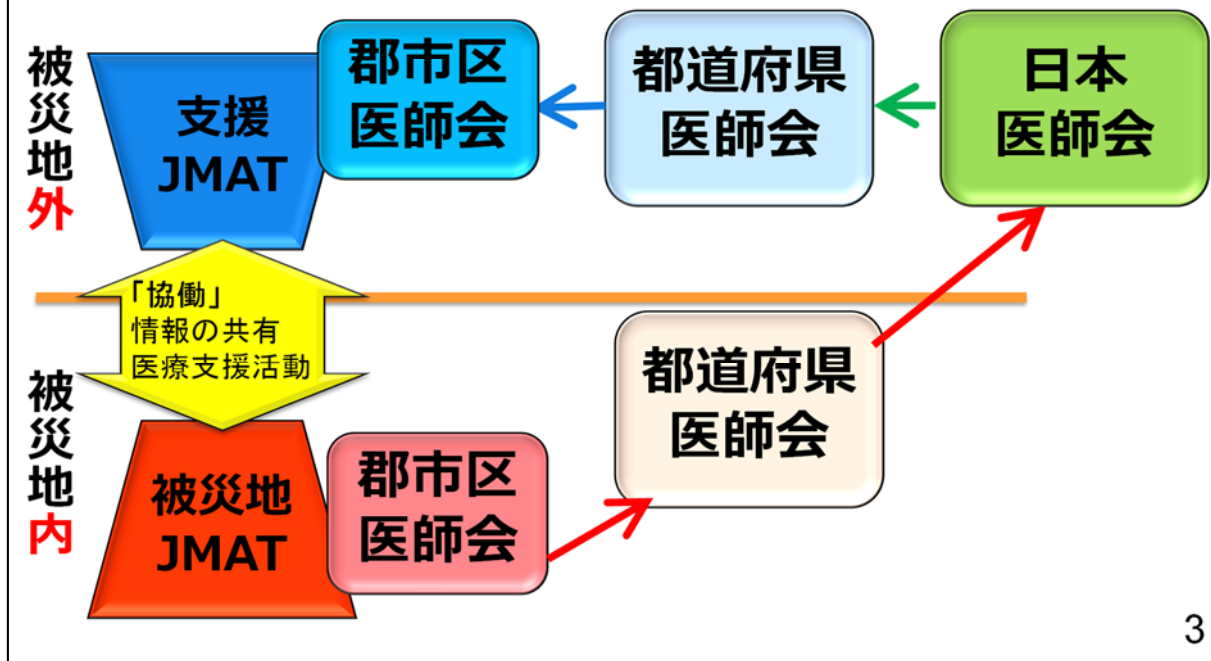
(図表2)

図表2

JMAT活動基本マニュアル

被災地に派遣されるチームに向けて

これからのJMATとは（コンセプト）



1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

- 大規模災害が発生後、日本医師会員の行動パターンは大きく被災地と被災地外に分かれる。
- 被災地内の医師で、医師会による組織活動として、災害時計画に則り医療救護活動に従事する者を「被災地 JMAT」と呼び、自病院もしくは自診療所の診療を継続する者、避難先等で個人的に診療活動をする者は除く。被災地 JMAT は、都道府県単位とする。
- 被災地外の医師で、医師会による組織活動として、被災地に対して支援する活動を行う者を「支援 JMAT」と呼ぶ。
- 当初、被災地 JMAT が医療救護所、医療救助活動本部を立ち上げる。情報を収集し、必要な場合は都道府県医師会災害対策本部を通じて日本医師会に JMAT 派遣要請を行う。被災地外の支援 JMAT は支援の準備、情報収集を行い、必要があれば先遣 JMAT を派遣し、要請があれば支援チームを派遣する。
- JMAT とは、被災地 JMAT と支援 JMAT という内外の JMAT が、フェーズに

1 A Tへの参加は日本医師会員の資格の有無を問わないが、医師としてのプロフェッ
2 ショナル・オートミーに基づく使命感を拠り所とするとともに、医師会活動への参
3 画であることを認識することが求められる。また、日本医師会による「医師資格証」
4 (HPKIカード)等を所持する。また、事務職(業務調整員)も含めJMATに
5 参画する各職種についても、職業上の使命感に基づく行動が求められることは同様
6 である。さらに、日本薬剤師会「薬剤師資格証」のように、身分を証明するカード
7 等を所持しての参加が望まれる。

- 8 ▶ JMATの活動内容は、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
9 健康管理、被災地の病院・診療所への支援(災害前からの医療の継続)である。さ
10 らに、医療の提供という直接的な活動にとどまらず、避難所の公衆衛生、被災者の
11 栄養状態や派遣先地域の医療ニーズの把握と対処から、被災地の医療機関への円滑
12 な引き継ぎまで、多様かつ広範囲に及ぶ。

13 (1) 医療支援と健康管理

- 14 ① 被災地の救護所
15 ② 被災地の医療施設(災害発生前からの医療の継続)
16 ③ 被災地の避難所
17 ④ 被災地の避難所以外への巡回診療(在宅医療、車中泊等を含む。医療支援が空
18 白・不十分な地域の把握・対応)
19 ⑤ 被災地の活動者(行政、学校関係者など)

20 (2) 公衆衛生支援

- 21 ・被災地の避難所等における公衆衛生支援と管理
22 ・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
23 ック、要援護者の把握とその対策、感染症対策(感染制御)その他の公衆衛
24 生対策

25 (3) 被災地医師会支援

- 26 ① 先遣JMAT・統括JMATによる被災地医師会の災害対策本部への支援と情
27 報収集
28 ② 被災地医師会を中心とした現地調整本部や連絡会の設置・運営支援
29 ③ 派遣先地域の医療ニーズの把握と評価
30 ・主な患者像
31 ・難病患者・障害者その他特別に医療・介護支援を必要とする者
32 ・感染症や他の疾病の発生状況
33 ・追加派遣の要否
34 ・被災者の流動化の有無、撤収時期

35 (4) 被災地行政支援

- 36 ・被災地医師会とともに、統括JMATによる被災地災害医療コーディネーターへ

1 の支援と情報収集・情報連携

2 ・被災地の保健所、保健センター、保健師、民生委員等の行政関係者との連携

3 (5) 被災地での検視・検案支援（可能な場合のみ）

4 ・警察医会との密な連携による活動を目指す。

5 (6) 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

6 ① 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、
7 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
8 を把握している保健師や訪問看護師）

9 ② 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、
10 帰路、燃料確保等）

11 ③ 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
12 地までの地形・気象条件

13 ④ 公衆衛生の状況（トイレ、瓦礫による粉塵飛散、ヘドロ・汚泥物質等含む）

14 ⑤ 被災地の安全性（二次災害の危険性）

15 ⑥ 医薬品等の不足物資

16 ⑦ 必要な職種

17 ⑧ 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

18 (7) その他、被災地のニーズに合わせて支援

19 ・様々なニーズが発生するため、内容と範囲を変えていく必要がある。

20 ・最終的には、被災地の医師会・医療機関に円滑な引き継ぎ

- 21 ➤ 被災地では、都道府県医師会や郡市区医師会が医療関係者の代表として各災害対策
22 本部に参画し、被災地のコーディネート機能の中心となる。JMATは、そのコー
23 ディネート機能の下で活動することを原則とする。

24 （以下、略）

26 <参考：防災基本計画 抜粋>

27 第二編 第二章

- 28 ○ 都道府県は、災害派遣医療チーム（DMAT）による活動と並行して、また、災害派
29 遣医療チーム（DMAT）活動の終了以降、日本医師会災害医療チーム（JMAT）、
30 日本赤十字社、独立行政法人国立病院機構、国立大学病院、日本歯科医師会、日本薬剤
31 師会、日本看護協会、民間医療機関等からの医療チーム派遣等の協力を得て、避難所、
32 救護所も含め、被災地における医療提供体制の確保・継続を図るものとし、その調整に
33 当たっては災害医療コーディネーターを活用するものとする。その際、医療チーム等
34 の交代により医療情報が断絶することのないよう、被災地における診療情報の引継ぎ

1 が適切に実施されるよう、努めるものとする。

2

3 ○ 国〔警察庁〕及び都道府県警察は、必要に応じ、警察災害派遣隊を被災地に派遣し、
4 医師等の協力を得て、遺体の検視・死体調査、身元確認等を行うものとする。また、身
5 元確認に必要な資料の重要性を踏まえ、効果的な身元確認が行えるよう地方公共団体、
6 指定公共機関〔公益社団法人日本医師会〕等と密接に連携するものとする。

1 (2) JMAT活動の段階

- 2 ● JMAT活動段階 (phase) は、図表3、4、5のとおり、1) 災害発生前、2)
3 災害発生直後 (DMAT (DMAT、日本赤十字社等) の到着前)、3) DMAT
4 等の活動中、4) DMAT等の撤収後、5) 被災地の医療体制の復旧に目途が立っ
5 た時の5つに分けられる。 今後は、それぞれの活動の強化が必要である。

6 i 会員への生涯教育、事前研修・訓練

7 (被災地 JMAT としての即時派遣や受援体制を含む)

8 ii 関係資料・マニュアルの提供 (常設の情報共有サイトなどを通して)

9 iii 現地に到着した JMAT の活動のあるべき姿

10 → 被災者の診療や健康管理の他、コーディネート機能の下での活動、情報の共
11 有、被災地の公衆衛生状況の把握、避難所以外の医療・保健ニーズの評価など

12 (基本活動マニュアル、研修案にて提示)

13 iv JMAT 編成時の構成 (専門分野、職種など)

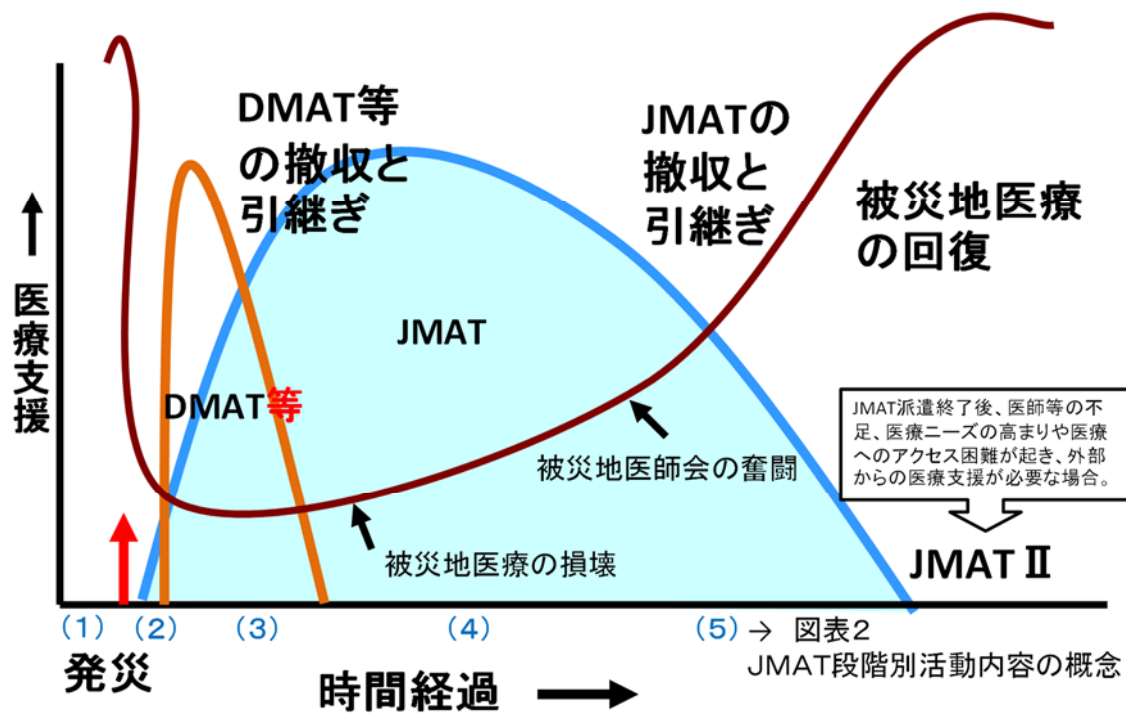
14 (特に、「4) DMAT 等の撤収後」段階の後半以降の派遣)

15 v 平時・災害時における医療関係団体や関係学会・医会、関係機関等との連携

16 (医療・保健以外の関係者：自衛隊、警察、消防、特殊災害専門機関、情報通信、
17 運輸・交通・・・)

18 (協議会やシンポジウムの開催、訓練や研修等を通して)

図表3 JMAT活動の概念図



日本医師会「JMATに関する災害医療研修会」(平成24年3月10日)資料「DMATとJMATの連携」(小林國男 日本医師会「救急災害医療対策委員会」委員長(当時)を改変したもの)

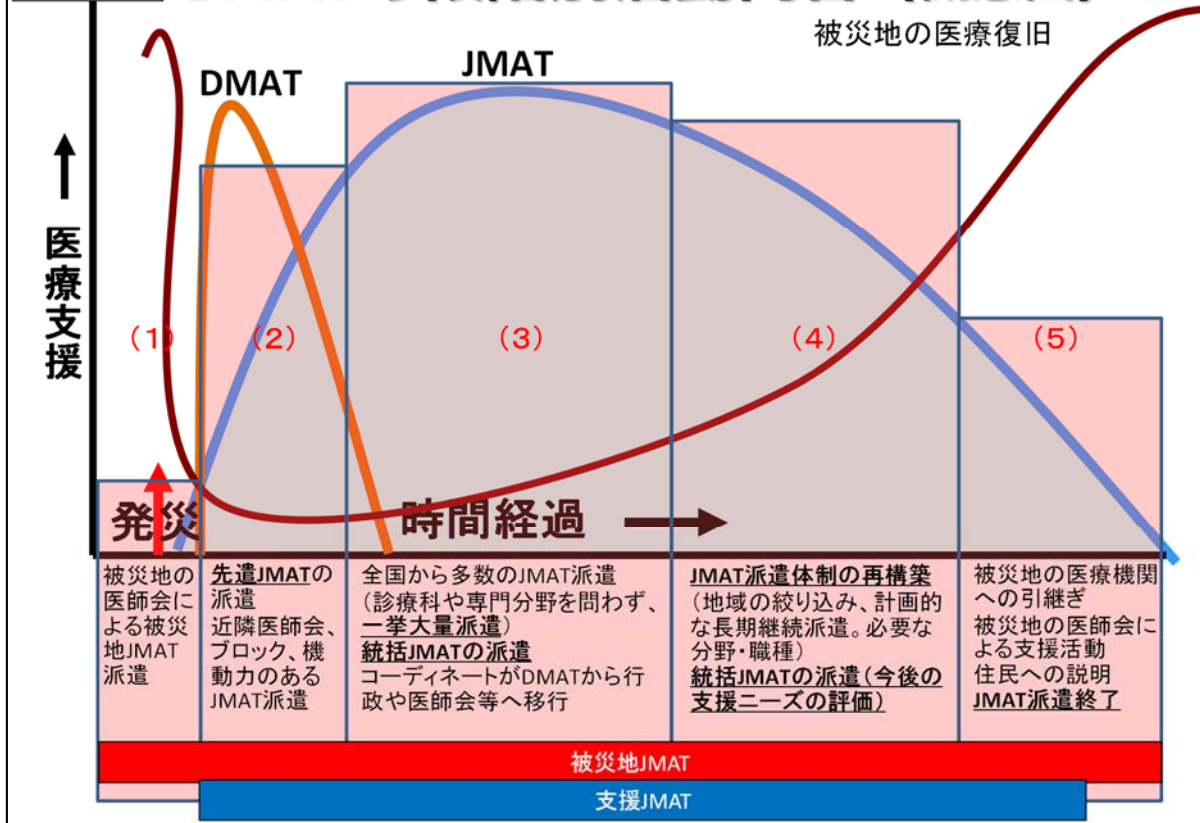
1

図表4 JMATの段階別活動内容 (概念図) 1

JMAT活動		
(1) 災害発生前 【登録・研修・啓発】	<ul style="list-style-type: none"> 医師資格証・薬剤師資格証等への登録、JMAT隊員予定者の事前登録 関係者間の「顔の見える関係」の醸成 支援をする立場、支援を受ける立場での研修・訓練 	
(2) 災害発生直後 (DMAT等の到着前) 【活動開始の決定・事前確認・派遣】	<ul style="list-style-type: none"> 主に、被災地の都道府県医師会による派遣(被災地JMAT:近隣の郡市区医師会や医療機関チームなど)(DMAT等や行政等の支援が行き届かない地域含む) 先遣JMATの派遣と被災地医師会の災害対策本部への支援 在宅等の要配慮者の把握 	先遣JMAT
(3) DMAT等の活動中 (発災後48時間以内~中長期的な医療提供体制が都道府県によって確立されるまでの必要な期間) 【医療・検視検案】	<ul style="list-style-type: none"> DMATが担う重篤症例以外の医療の提供(救護所・避難所などでのトリアージ、重篤以外の急性期患者、災害前からの医療の継続が必要な患者への対応) 検視・検案の実施(対応可能な場合) <p>※防災基本計画等では、JMAT等の活動は、DMATの活動と並行して、またその終了後とされている。</p>	先遣~統括JMAT
(4) DMAT等の撤収後 (ロジスティックス等として活動する場合を含む) 【医療支援継続・多職種連携・健康管理・公衆衛生・福祉支援】	<ul style="list-style-type: none"> 避難所における医療、健康管理、巡回診療 被災地の公衆衛生、感染症対策 医療支援の不足・空白地域の把握 被災医療機関への支援 医療・介護・福祉連携 	
(5) 被災地の医療体制の復旧に目途(JMAT撤収に向けて) 【医療再開支援、引き継ぎシステム構築】	<ul style="list-style-type: none"> 医療・介護・福祉連携 被災地の医療機関との引き継ぎ・情報共有 被災住民への説明(撤収へのロードマップ) 	

2

図表5 JMATの段階別活動内容（概念図） 2



1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

-
- まず、「2）DMAT等の到着前」及び「3）DMAT等の活動中」においては、「被災地JMAT」による活動となる。災害発生時、会員が自院の被害状況の確認や患者・職員の安全確保を終えた後、即時にJMATとしての活動を開始できるようにするためには、平時、すなわち「1）災害発生前」からのJMAT研修、被災を想定した訓練等により充実を図る必要がある。
 - 「2）DMAT等の到着前」の期間は、主要な被災地では災害発生後から数時間以内と想定されるが、行政やDMAT等が把握し切れていない地区や医療支援が行き届かない地区（市区町村内の一部）、車中泊、自主的・自然発生した避難所・屋外テントなどでは、到着が遅れることも考えられる。また、高齢化の進展、在宅療養の推進を踏まえ、自宅等や介護・福祉施設の要配慮者への対応も重要である。
 - 「3）DMAT等の活動中」の期間についても2）と同様である。さらに、救護所・避難所などでトリアージ、重篤以外の急性期患者、災害前からの医療の継続が必要な患者への対応など、DMAT等が主に担う重篤症例以外の医療の

1 提供も担う。

2 検視・検案への協力依頼がなされる場合もある。

- 3 ● とりわけ、「4) DMAT等の撤収後」は、災害発生から概ね72時間～1週間が
4 経過した災害急性期以降、収束期に至る時期であり、JMAT活動として特に重要
5 な段階である。

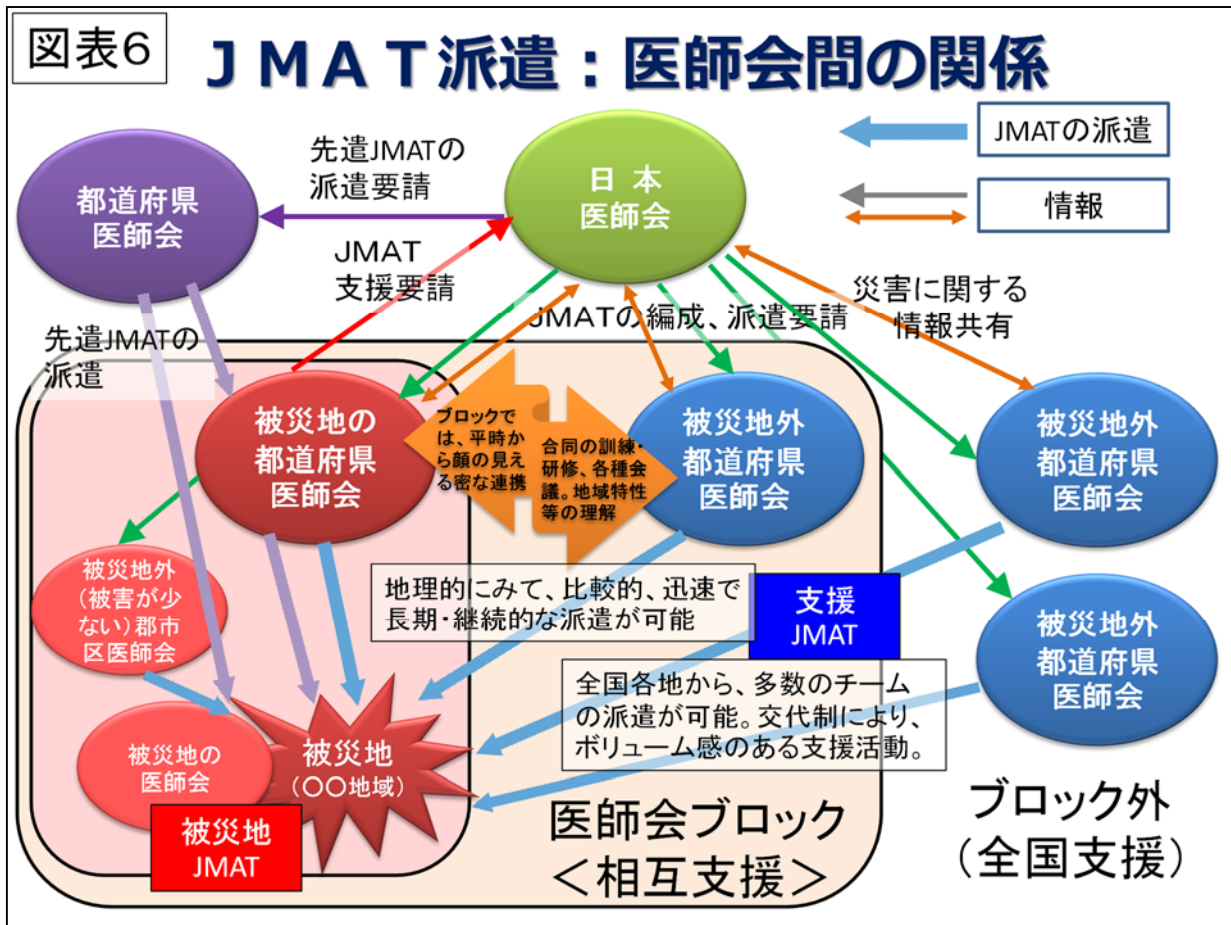
6 これまでも、JMATは、DMAT等が撤収した後を引き継ぐと認識されてきた。

7 また、JMAT活動には、避難所の患者の診療だけではなく、避難所や被災地の
8 公衆衛生の評価、医療支援の不足・空白地域の把握、感染制御、被災者への疾病予
9 防の啓発・保健指導が含まれるが、東日本大震災や平成28年熊本地震では、それ
10 が徹底されていなかった。

11 今後は、その上記に示す広範な業務がJMATに求められる活動であることの周
12 知の強化や研修の実施が1) 災害発生前の段階から必要である。

13 さらに、この期間から「5) 被災地の医療体制の復旧に目途が立った時」にか
14 けては、超高齢社会の進展を踏まえ、医療・介護・福祉連携も重要となる。JMA
15 Tに参画する医師や看護職員等には、平時より地域包括ケアシステムに大きな役割
16 を果たしている者も多いが、JMATの研修には、医療・介護・福祉連携に関する
17 項目も必要である。実際のJMAT派遣においても、リハビリテーション専門職種
18 や社会福祉士等が参画した事例がある。

1 (3) 派遣元の単位（全国、ブロック、被災都道府県）



3 <全国>

- JMATの派遣元となる地域単位は、災害の規模・被害の度合いに応じることとなる。南海トラフ巨大地震や首都直下型地震の場合は、全国から多数かつ多様なチームの派遣が期待できる。

また、広域・大規模災害であっても、災害発生直後の派遣や長期・継続的な派遣では、被災地に近接した地域、被災地を含む医師会ブロックが中心となると想定される。

4 <医師会ブロック>

- 現在、多くの医師会ブロックにおいて、災害時の相互応援協定が締結されている。医師会ブロックでは管内の都道府県医師会が交代で幹事を務め、協定上は、幹事医師会が他の医師会に医療救護班の派遣指示等を行う仕組みである。ただし、協定は共助の精神に基づくものなので、基本的には医師会間の関係はフラットなものと言える。

- 1 ● たとえば、「九州医師会連合会災害時医療救護協定」では、「幹事医師会は、災害時
2 における支援本部の役割を負い、支援要請や必要物資、災害状況等の情報について
3 統括し、各医師会へ伝達、及び医療救護班の派遣や物資の支援指示を行う。」とさ
4 れている。
- 5 ● 平成28年熊本地震では、幹事医師会である長崎県医師会が「九州医師会連合会災
6 害時医療救護協定」（平成26年7月4日発効）に基づき、九州医師会ブロックの
7 災害対策本部を設置して対応した。
- 8 ● 医師会ブロックの利点として、次の点が挙げられる。
 - 9 ▶ 平時より、各種会議や研修等を通して、役職員間の「顔の見える関係」が醸成
10 されている。
 - 11 ▶ 他地域の医師会に比べ、ある程度の地理的特性、交通事情等を把握している。
 - 12 ▶ 合同の訓練・研修を開催することができる。
 - 13 ▶ 地理的に近接しているため、比較的、迅速かつ長期・継続的な派遣が可能。
- 14 ● なお、後述の先遣JMAT、統括JMATについては、ブロックに関わらず、事前
15 に登録したチームに派遣を要請するものとする。

16 ※ 本稿では、北海道ブロック、東北ブロックは北海道・東北ブロックとし、東京ブロッ
17 ク、関東甲信越ブロックは東京・関東甲信越ブロックとする。

18 <被災地の都道府県>

- 19 ● 災害の規模によっては、別項の「被災地の医師会による「JMAT」活動」の通り、
20 被災地の都道府県医師会による活動にとどまる場合がある（平成27年関東・東北
21 豪雨、平成28年台風10号被害、平成29年7月九州北部豪雨）。
22 その場合であっても、被災地の都道府県医師会からの申出があれば、日本医師会
23 では、当該医師会にJMATの編成を要請している。そして、当該医師会が編成し
24 た医療チーム（例：JMAT「〇〇（都道府県名）」など）をJMATとして認めて
25 いる。
- 26 ● 以上、JMATの派遣元の地域単位は、全国、ブロック、被災都道府県がある。し
27 かし、被害の全容把握が遅れたり、二次災害の発生や複合災害化などにより被害が

1 ● 被災地の都道府県医師会が J M A T を派遣する場合は、即応性、行政の対策本部や
2 コーディネーターとの緊密な連携の下での活動、被災地の地理的特性の把握などが
3 利点として挙げられる。

4 ● 被災地の都道府県医師会による J M A T には、被災地の診療とともに、先遣 J M A
5 T として、被災地の状況把握や医療ニーズの評価とそれらの情報発信も重要な役
6 割である。そのためには、都道府県医師会は、平時から、行政、災害拠点病院、D
7 M A T 関係者と協力しながら、そうした役割を担う人材の養成が求められる。日本
8 医師会においても、研修などを通して支援を行うべきである。

9 ※ 災害拠点病院には、厚生労働省通知により、訓練等について地域医師会との協力が求
10 められている、

11 ● 被災地の都道府県医師会が行う J M A T 活動は、管内の被災地（市区町村）を支援
12 するため、主に被災地外（被害が比較的少ない）の郡市区医師会や医療機関を基礎
13 に編成して派遣することが想定される。

14 ● 被災地の郡市区医師会にあつては、前述の通り、災害発生直後より、会員医療機関
15 等からなる被災地 J M A T（平時からかかりつけ医機能を担っており、地域の医療や
16 地域包括ケアシステムの状況を把握していることが期待される）によって、医療救
17 護所、医療救助活動本部を立ち上げる。巡回診療や、地域の中核的な病院等に仮設
18 診療所を設置して外来診療活動やトリアージを行うことも考えられる。同時に、甚
19 大な被害を受けた医療機関への支援（患者避難への同行含む）、被災地内外からの
20 医療・介護・福祉等のチームとの連携といった活動も挙げられる。

21 （被災地の医師会活動全般、災害前や発災後から地域包括ケアシステムの復旧まで
22 の取り組みは、別途、「地域包括ケアと災害医療に関するワーキンググループ」に
23 において述べる。）

24 ● 日本医師会では、これまで（東日本大震災、平成 2 8 年熊本地震、平成 2 7 年関東・
25 東北豪雨、平成 2 8 年 2 0 1 6 年台風 1 0 号被害、平成 2 9 年九州北部豪雨）に基
26 づき、被災地の都道府県医師会自らによる救護活動を J M A T として認めてきた。

27 したがって、日本医師会災害対策本部が J M A T 派遣を決定し、被災地の都道府
28 県医師会が自ら編成したチームを J M A T として申請した場合は、日本医師会とし
29 てそれを認めることについて周知徹底すべきである。その結果、そのチームには、
30 傷害保険の適用、災害救助法による支弁や公的資料・報告書への J M A T としての
31 記録につながる。

1
2 (5) 受援側としての医師会活動

- 3 ● 被災地の都道府県医師会及び郡市区医師会は、役職員自身が被災者でありながら、
4 大規模災害時、全国から派遣されてきた J M A T を受入れ、各地の派遣先にコーデ
5 ィネートする役割を担う。
- 6 ● 被災地の都道府県医師会は、管内の被災地への J M A T 派遣だけではなく、都道府
7 県庁の災害対策本部や保健医療調整本部に参画し、医療支援活動、被災医療機関の
8 把握、被災地の傷病者や医療ニーズの把握、災害救助法の適用に関わる業務その他
9 を行う。また、各地の対策会議等にも人員を派遣する。
- 10 ● 被災地の郡市区医師会にあつては、医療機関の被害状況や避難所の設置状況、保健
11 所や市区町村行政との連携などを行う。しかし、会員や役職員も被災しており、事
12 務局機能は平時から職員数が限られている。そのため、地域ごとに設置されるコー
13 ディネート機能に参画することが困難な場合も十分想定される。
- 14 ● 受援側としての医師会活動期間は、前述の5つの段階で次のように大別できる。
- 15 ① 「2) 災害発生直後 (DMA T 等の到着前)」～「3) DMA T 等の活動中」
- 16 ② 「4) DMA T 等の撤収後」
- 17 ③ 「5) 被災地の医療体制の復旧に目途が立った時」
- 18 ● ①から②の期間では、被災地の都道府県医師会にあつては、災害対策本部・保健医
19 療調整本部への参画、地域ごとに設置されるコーディネーター機能への出張などによ
20 り、コーディネーターやDMA T 関係者等と連携しながら J M A T の派遣調整を行
21 う。また、どのような支援ニーズがあるかを把握し、日本医師会や全国に発信する。
22 被災地の郡市区医師会にあつては、地域ごとのコーディネーター機能と連携しなが
23 ら、避難所の状況、医療支援の不足・空白地域や在宅の要配慮者の把握などを行う。
- 24 ● 他方、会員、役員や事務職員自身が避難所に避難し、疲弊しており、受援業務が大
25 きな負担となっていることも想定される。その場合は、役職員を、被災地全域に配
26 置したり、災害対策本部や保健医療調整本部に常時派遣することが困難となる。
- 27 ● 以上により、被災地の都道府県医師会・郡市区医師会の負担軽減のためにも、後述
28 の「先遣 J M A T」、「統括 J M A T」を被災地外から派遣するスキームが重要であ
29 る。その中には、被災地の医師会事務局機能への職員派遣も含むものとする。

1 (6) 災害医療コーディネート機能のあり方

- 2 ● わが国には、公的なチームも含め、様々な組織が派遣する医療チームが多数存在し、
3 被災地に参集する。被災者の生命や健康を守ることを本位に考えれば、被災地の混
4 乱を防ぎ、効率的な災害医療活動を目指さなければならない。

5 したがって、全ての医療チームが従う確固としたコーディネート機能が、被災地
6 の都道府県や地域に確立されていくことが必要である。そのためには、平時から管
7 下の医療機関を束ねて行政や関係機関と緊密な連携を行っている都道府県医師会
8 や郡市区医師会がコーディネート機能に主体的に関与する仕組みが必要である。

9 それが実現することによって、被災地において、数十ある医療チームの支援活動
10 を指揮命令し、統括する機能が確立される。

- 11 ● 平成28年熊本地震を受け、厚生労働省により、災害時、都道府県では保健医療調
12 整本部の下でJMATを含む保健医療チームの派遣調整を行うこととなった。また、
13 保健所の役割を強化することも求められている。いずれも、都道府県医師会、郡市
14 区医師会の参画が求められる。

- 15 ● 平成28年熊本地震では、県庁に派遣調整本部が設置され、保健所単位で名称や機
16 能は様々であるがコーディネート機能を担う組織が設置された。

17 他方、熊本市では、コーディネート機能が構築できていない地区があり、JMA
18 Tがその役割を担ったケースがあった。

19 また、益城町等の一部地域では、JMATがコーディネーターを担う例がある一
20 方、他の地域や県庁本部では、当初はDMAT、その後はDMAT関係者を中心と
21 する日本集団災害医学会によるロジスティックス活動が引き継いだ。

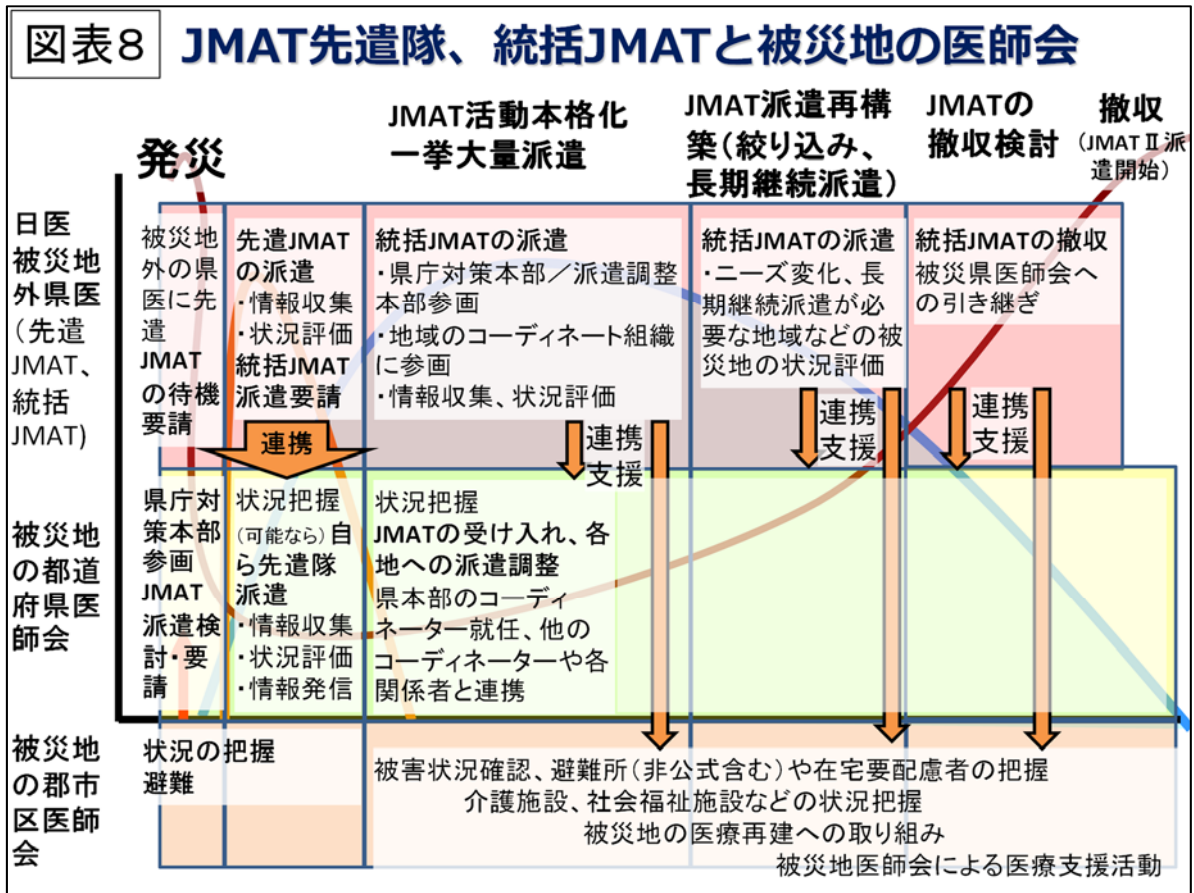
- 22 ● JMATの活動理念では、JMATは、被災地の医師会が参画する被災地のコーデ
23 イネート機能の下で活動することを原則とする。

24 そのため、日本医師会は、都道府県庁及び地域のコーディネート機能への被災地
25 医師会（被災地外からの先遣JMAT、統括JMATを含む）の参画を確実なもの
26 とするよう、平時から国や関係機関・学会等と十分に調整する必要がある。

- 27 ● さらに、JMATのうちコーディネーターとしての経験や知識を持つチームや参加
28 者には、DMAT等からのコーディネート機能の引き継ぎや、コーディネート機能
29 が確立しておらず混乱している地域での指揮命令、ロジスティックスが求められる。

- 30 ● 以上により、日本医師会や都道府県医師会は、関係機関・学会等と連携しながら、
31 平時から「統括JMAT」研修を行うべきである。

1 2. 「統括JMAT」(先遣JMAT)(図表5、8)



2
3
4

(1) 目的・概念・役割

- JMAT活動は、全国の医師会と被災地の医師会との協働であり、日本医師会としても情報の把握が不可欠である。その観点から、災害発生時、迅速に現地に出勤し、情報の把握・評価を行い、日本医師会へ発信をするチームとして、「統括JMAT」が必要である。統括JMATは現地においてJMAT活動を統括するものであり、以下の条件を満たし、役割を担う。

また、統括JMATの一部として、災害発生直後に出動し、JMAT派遣の必要性や、その被災地で求められる機能や派遣の量などの情報を収集・把握し、日本医師会等に発信するチームを特に「先遣JMAT」とする。

いずれも、次の点が条件となる。

【統括JMAT(先遣JMAT)の条件】

- 被災地の医師会とともに、都道府県災害対策本部/保健医療調整本部や地域のコーディネート機能への参画(被災地の医師会自ら派遣する場合を含む)
- その役割・目的が、被災地の都道府県医師会・郡市区医師会への支援であること

1 の認識

- 2 ▶ 統括 J M A T 向けの研修など平時から訓練を受け、また、D M A T 隊員経験者な
3 どで構成され、被災地の状況評価、D M A T 関係者等との連携などのスキルの保
4 有
- 5 ▶ 災害発生時、日本医師会からの要請に対して迅速な出動が可能
- 6 ▶ 日本医師会（全国）への情報発信
- 7 ▶ 参加メンバーは、医師、業務調整員、その他、先遣隊や統括に求められるスキル
8 を有する者。また、必要に応じて、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、病院団体
9 等の医療関係団体や行政・専門機関とも連携する。
- 10 ● 日本医師会より、平時において、各医師会ブロックにつき 1～3 医師会に複数チー
11 ムの編成を要請し、災害時発生後、日本医師会からの要請を受けて出動する（要請
12 みなし規定を設置を検討する）。
- 13 ● 派遣期間は、1 チームにつき 3 日～7 日を目安。交代制で、被災地の都道府県医師
14 会または郡市区医師会への交代を目途として継続する。
- 15 ● 原則、診療は行わず、先遣隊や統括としての役割に専念する。
- 16 ● 被災地域（保健所単位など）に赴き、被災状況、医療ニーズの動向（避難所統廃
17 合、避難勧告解除、外因性疾患→内因性疾患、避難生活の長期化など）、D M A T ・
18 D P A T や A M A T 等の参集状況、血液透析患者、在宅酸素使用者等の災害弱者に
19 関する対策、支援被災地の医療機関の復旧状況等を把握する。
- 20 ● 被災地に参集した J M A T に対し情報提供、助言を行う。
- 21 ● 特定の領域（眼科、介護・リハビリ等）の潜在的なニーズの把握を行う。
- 22 ● J M A T 派遣期間の要所要所で、被災地の状況への評価を行い、医療支援ニーズの
23 変化に対応する。
- 24 ● 費用：最終的には災害救助法（万が一適用がない場合は、日本医師会が負担）

27 (2) 必要な研修、知見、装備

- 28 ● 研修カリキュラムの内容（講義、実習）、水準はどうあるべきか
- 29 ● 既存の都道府県災害医療コーディネート研修を参照した上で、かかりつけ医機能・

- 1 地域医療や地域包括ケアシステムの復旧、医療・介護・福祉連携、医師会の相互連
2 携等の視点から見た支援ニーズの把握といった要素を加える。
- 3 ● 研修における災害は、震災等の大規模自然災害とそれに起因する複合災害を基本
- 4 ● E M I S（閲覧、入力）、衛星携帯電話（インターネット）、クロノロジー、J-S
5 P E E D等の情報共有にも重点
- 6 ● 目的・方法
- 7 ➤ インストラクターの養成
- 8 ➤ 標準カリキュラムを示して各ブロック・都道府県医師会による開催を推奨
- 9 ➤ 対象者：医師のみ、あるいは業務調整員（他の医療関係職種や事務職員等）との
10 合同
- 11 ☆ いずれにしても、J M A Tのコーディネーターを担う者に限定
- 12 ➤ 講師
- 13 ☆ D M A T（日赤）関係者、D M A TとJ M A Tの橋渡しの役割を担える人物
- 14 ☆ 都道府県災害医療コーディネート（指導者）研修修了者
- 15 ☆ 医師会役員、業務調整員（事務職）、歯科医師（検案、歯科保健）、薬剤師、
16 看護師、現地関係者（保健師）、被災地行政経験者、介護・福祉関係者
- 17 ● 特に必要な装備：J M A T資器材リストについては、別項に掲示

1 3. 研修

2 (1) JMAT参加者に対する研修

- 3 ● 主な対象者：医師、看護職員、薬剤師、ロジスティックス・業務調整員 等（受
4 援、外部からの支援）

- 5 ● 講義・座学：
 - 6 ▶ CSCATTTやスフィアスタンダード等の共通理念・言語、災害医療概
7 論、JMAT概論、DMAT等の他のチームとの協働の仕方
 - 8 ▶ JMATに求められる役割
9 診療内容（発災直後、急性期以降）避難所等の環境改善、避難者（避難所
10 に常在する行政その他関係者含む）の健康管理・保健指導、感染制御、医
11 療ニーズの有無・内容把握・探索、在宅・福祉施設等の巡回
 - 12 ▶ 下記実習編に関する科目
 - 13 ▶ その他（検視・検案）

- 14 ● 実習：（処置はJPTEC等で別個に）
 - 15 ▶ 被災地での活動：調整本部・地域拠点のコーディネート下での行動、ミーテ
16 ィング、救護所等での活動、情報共有（災害診療記録、J-speed等）
 - 17 ▶ 通信訓練、日本医師会・全国への情報発信、EMIS等

- 18 ● その他、災害医療全般については、日本医師会生涯教育カリキュラム＜2016＞参
19 照（図表9）

- 20 ● DMATには、インストラクターとしての参画を得る。併せて、研修を開催する
21 医師会とDMAT関係者との「顔の見える関係」の醸成も図る。

22

図表9

日本医師会生涯教育カリキュラム<2016>

14. 災害医療 (2016年度より追加)

【ねらい】

自地域が被災した場合や医療チームの一員として被災地に出動した場合に適切な災害医療活動が行えるよう、災害医療に関する基本知識を身につける。

【目標】

- ① 急性期患者への適切な対処や蘇生の方法を実践できる。
 - * BLS (Basic Life Support) 、ALS (Advanced Life Support) 、JATEC (Japan Advanced Trauma Evaluation and Care) 、JPTEC (Japan Prehospital Trauma Evaluation and Care) など
- ② オールハザードアプローチに基づき、主な災害の種類ごとに多く見られる傷病とその初期対処法の説明ができる。
 - * CBRNE 災害 (Chemical, Biological, Radiological, Nuclear, Explosive) 、国民保護法事案、戦傷医療 (ターニケットなど) など

10

1

2

日本医師会生涯教育カリキュラム<2016>

- ③ 災害関係法令・諸制度、システムなどの概念・用語について説明ができる。
 - * ICS (Incident Command System) 、CSCATTT (Command & Control, Safety, Communication, Assessment, Triage, Treatment, Transport) 、CBRNE、関係する世界医師会宣言、スフィアスタンダードなど
- ④ 行政や医療介護を含めた多職種地域連携を実現し、地域復興に寄与できる。
 - * 災害事象からの再生と保険診療や政策医療に関する知識の活用など
- ⑤ 都道府県や現地の災害医療コーディネータ機能を尊重し、関係者間での情報共有に努める。
 - * 現地での連絡会・ミーティングへの参画、後継の医療チーム (派遣元含む) への現地情報の引き継ぎなど
- ⑥ 避難所での長期・集団生活をサポートできる。
 - * 衛生状況の把握、感染症対策を含む公衆衛生的アプローチ、避難者に対する健康管理、健康教育、保健指導など
- ⑦ マスギャザリングにおける医療救護体制を計画立案し、実施することができる。
 - * 多数の人が同一時間・地域に集合するスポーツイベント等での対応など

11

3

1
2 <参考>現行「JMAT要綱」より

3 JMAT教育研修プログラム（モデル案）

- 4 • JMAT総論
5 • 人道支援と医療提供者の責務（スフィアスタンダード含む）
6 • 災害時における初期評価
7 • 医療救護所の設置・運営
8 • 避難所における公衆衛生活動
9 • DMATとJMATの役割分担
10 • 緊急被ばく医療
11 • 災害時における遺体検案
12 • 特殊災害と国民保護法
13 • パンデミック対策
14 • 協議、まとめ
15 （各項目40分～50分程度）

16 留意点

- 17 • JMATの基本理念・原則、JMAT参加者の理念、災害医療に関する基本
18 事項
19 • 地域特性に基づく災害リスクの評価及びその評価に基づいた体制
20 • DMATとの連携、統轄・コマンダー
21 • 特殊災害への対応（対処法その他、市民に与える心理的影響や社会的側面など
22 を含む）
23 • 医療チームの受け入れ（コーディネーター）などに留意する。
24 • 災害の種類や関連制度、EMISを含む情報収集
25 • ロジスティックス
26 • メディア対策

27
28 **（２）先遣JMAT、統括JMATを担う医師会役職員等に対する研修**

- 29 ● コーディネート、ICS、スフィアスタンダード等
30 ● 情報収集、日本医師会・全国の医師会との共有
31 ● 被災都道府県・地域の災害対策本部、保健医療調整本部における活動
32 ● 都道府県行政、DMAT、LDMAT、日赤その他の災害医療関係者との連携
33 ● 医療以外の関係者との連携

- 1 ● 関係法令、地域独自の施策・取り組み（災害拠点連携病院・支援病院制度等）の
- 2 把握
- 3 ● その他、都道府県災害医療コーディネート研修参照
- 4 ● 受講者には、ロジスティックス・業務調整を担う医師会事務職員や医療関係職種
- 5 を含む。

7 (3) ロジスティックスを担う医師会事務職員に対する研修

- 8 ● 派遣先における業務
- 9 ● 送り出し側としての業務
- 10 ● 主な研修項目（案）
 - 11 ➤ JMAT を送り出す側
 - 12 ☆ JMAT の編成、日医への登録申請
 - 13 ☆ 携行医薬品、資器材、食料等の確保。通行証等
 - 14 ☆ 移動ルートの確認、交通手段の確保、現地情報の把握
 - 15 ☆ 被災地の医師会との調整（派遣先、ルート、宿泊先等）
 - 16 ➤ JMAT 参加の業務調整員、対策本部配置の業務調整員
 - 17 ☆ 被災地の医師会・医療機関、保健師等の地元関係者との連携。
 - 18 ☆ 各 JMAT や他の医療チーム、保健所その他関係者との連携
 - 19 ☆ 現地の地理情報、交通事情、食料・ガソリンその他必要物資
 - 20 ☆ J－S P E E Dによる診療患者の集計
 - 21 ☆ 避難所、在宅患者・要配慮者、車中泊等の情報集約
 - 22 ☆ D V T対策、感染症対策、熱中症対策
 - 23 ☆ 医療機関の被災・復旧状況の把握
 - 24 ☆ 所属医師会、被災地医師会、日本医師会への報告・情報提供

1 4. JMAT 携行医薬品リスト、資器材リスト

2 (1) 検討メンバー

- 3 ● 救急災害医療対策委員会 JMAT-WG 委員
- 4 ・秋富慎司委員（防衛医科大）
- 5 ・登米祐也委員（宮城県医師会）
- 6 ● 日本薬剤師会推薦：永田泰造先生（日本薬剤師会常務理事）
- 7 ● 秋富委員推薦
- 8 ・久保達彦先生（産業医科大学公衆衛生講師）
- 9 ・渡辺暁洋先生（日医大千葉北総病院薬剤部係長）
- 10 ● 災害医療専門家：石原哲先生（東京曳舟病院）

11

12 (2) 検討結果：別掲

- 13 ● JMAT 携行医薬品リスト ver2.0（案）：現在、意見募集中
- 14 ● JMAT 携行資器材リスト ver1.0（案）：現在、意見募集中

15

16 (3) JMAT ワッペン・ロゴ

17 JMAT としての一体性を確保するため、図表 10 の通り、ワッペンやロゴの制作を提
18 案する。また、階級章（肩章）を作成し、指揮命令系統の明確化を検討することも重要で
19 ある。

20

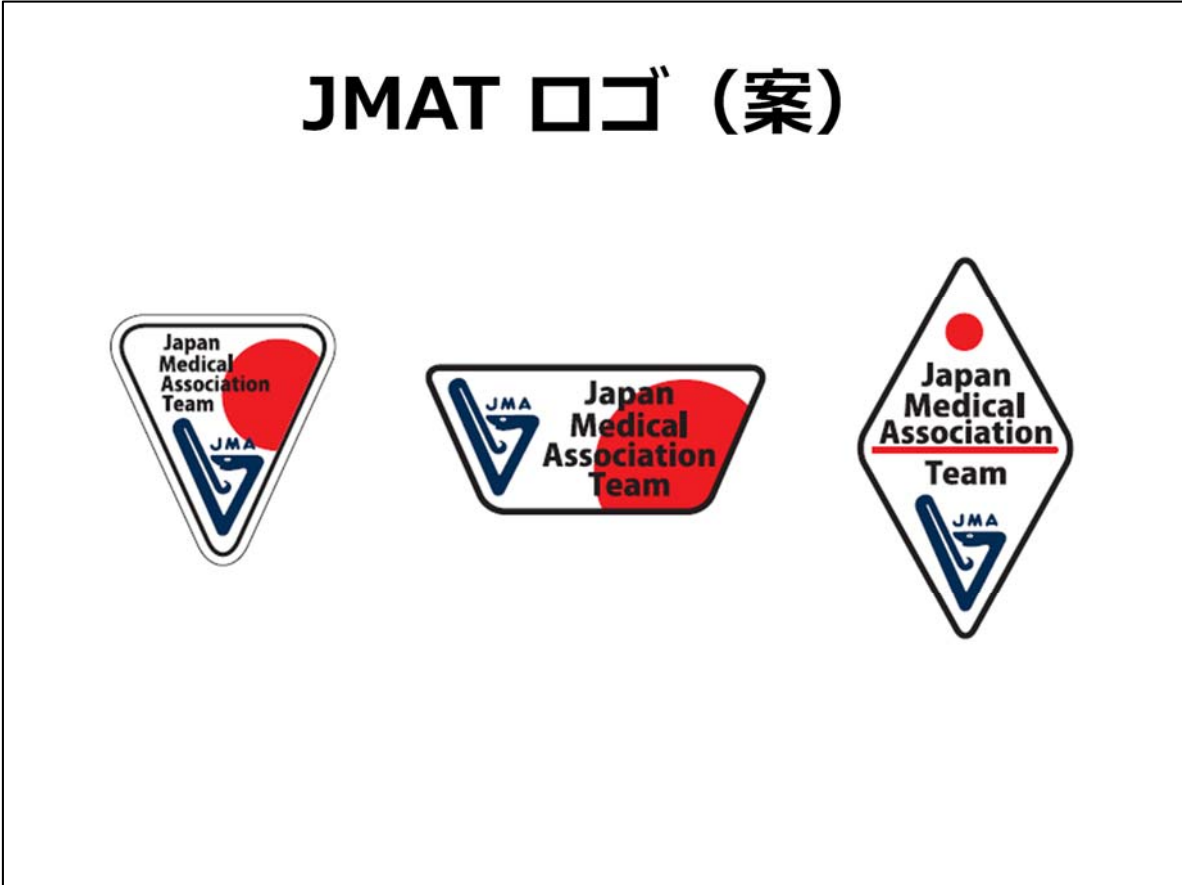
図表10

JMAT ワッペン (案)



1
2

JMAT ロゴ (案)



3