



日医発第 707 号 (地域)
令和 4 年 7 月 1 3 日

都道府県医師会長 殿

公益社団法人 日本医師会長
松 本 吉 郎
(公印省略)

令和 2・3 年度救急災害医療対策委員会報告書の送付について

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、本会の救急災害医療対策委員会では、下記の諮問につき検討を行ってまいりました。

この度、報告書が取りまとめられ、本職宛提出されましたので、ご参考までにお送りいたします。ご査収のほどよろしくお願い申し上げます。

記

新型コロナウイルス感染症（新興・再興感染症）時代の救急災害医療のあり方について

1. 地域包括ケアシステムにおける救急医療について
2. 災害医療について
 - 1) JMATのあり方
 - 2) マスギャザリング災害に備えた医療体制

救急災害医療対策委員会
報 告 書

令和4年6月

日 本 医 師 会
救急災害医療対策委員会

令和4年6月

公益社団法人 日本医師会長

中 川 俊 男 殿

救急災害医療対策委員会

委員長 山 口 芳 裕

本委員会は、令和2年12月18日開催の第1回委員会において、貴職から下記の事項を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。

記

新型コロナウイルス感染症（新興・再興感染症）時代の救急災害医療のあり方について

1. 地域包括ケアシステムにおける救急医療について
2. 災害医療について
 - 1) JMATのあり方
 - 2) マスギャザリング災害に備えた医療体制

救急災害医療対策委員会

委員長 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）

副委員長 猪口 正孝（東京都医師会副会長）

目黒 順一（北海道医師会常任理事）

委員 加陽 直実（静岡県医師会副会長）

〃 北村 龍彦（高知県医師会常任理事）

〃 鋤方 安行（大阪府医師会理事）

〃 郡山 一明（北九州総合病院救急科部長）

〃 坂本 哲也（帝京大学医学部附属病院長）

〃 杉町 正光（兵庫県医師会常任理事）

〃 田名 毅（沖縄県医師会常任理事）

〃 田邊 晴山（救急振興財団救急救命東京研究所教授）

〃 登米 祐也（宮城県医師会常任理事）

〃 橋上 裕（三重県医師会常任理事）

〃 細川 秀一（愛知県医師会理事）

〃 間瀬憲多朗（茨城県医師会常任理事）

〃 松山 正春（岡山県医師会会長）

〃 村上美也子（富山県医師会副会長）

〃 横田 裕行（日本体育大学大学院保健医療学研究科長・教授）

救急災害医療対策委員会ワーキンググループ
地域包括ケアシステムにおける救急医療について

- 座長 目黒 順一（北海道医師会常任理事）
委員 郡山 一明（北九州総合病院救急科部長）
〃 坂本 哲也（帝京大学医学部附属病院長）
〃 田邊 晴山（救急振興財団救急救命東京研修所教授）
〃 橋上 裕（三重県医師会常任理事）
〃 間瀬憲多朗（茨城県医師会常任理事）
〃 横田 裕行（日本体育大学大学院保健医療学研究科長・教授）
-

救急災害医療対策委員会ワーキンググループ
JMATのあり方

- 座長 猪口 正孝（東京都医師会副会長）
委員 加陽 直実（静岡県医師会副会長）
〃 鋤方 安行（大阪府医師会理事）
〃 北村 龍彦（高知県医師会常任理事）
〃 杉町 正光（兵庫県医師会常任理事）
〃 田名 毅（沖縄県医師会常任理事）
〃 登米 祐也（宮城県医師会常任理事）
〃 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）

救急災害医療対策委員会ワーキンググループ
マスクギャザリング災害に備えた医療体制

- 座長 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）
委員 猪口 正孝（東京都医師会副会長）
〃 坂本 哲也（帝京大学医学部附属病院長）
〃 田邊 晴山（救急振興財団救急救命東京研修所教授）
〃 横田 裕行（日本体育大学大学院保健医療学研究科長・教授）
-

救急災害医療対策委員会ワーキンググループ
新型コロナウイルス感染症時代の避難所マニュアルの改訂

- 座長 松山 正春（岡山県医師会会長）
委員 杉町 正光（兵庫県医師会常任理事）
〃 田名 毅（沖縄県医師会常任理事）
〃 登米 祐也（宮城県医師会常任理事）
〃 村上美也子（富山県医師会副会長）
〃 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）

目次

I. 総括.....	1
II. 「地域包括ケアシステムにおける救急医療について」 ワーキンググループ 報告書.....	7
III. 「JMAT のあり方」ワーキンググループ 報告書....	24
IV. 「マスクギャザリング災害に備えた医療体制」ワーキン ググループ 報告書.....	31
V. 「新型コロナウイルス感染症時代の避難所マニュアル の改訂」ワーキンググループ 報告書.....	36
VI. 新型コロナウイルス感染症患者の入院調整について	43

I. 総括

1. 諸言

「国家」の公共性は、国民の生命を保障すべき公共的価値を実現する責務を負っている。この責務は、社会契約論と普遍的人権理論という西洋的な伝統とともに倫理の本性に起因するものである。しかしながら、国民ひとりひとりの位相についていえば、具体的に個の生命に働きかけそれを支える相互行為が行われる空間は親密圏たる「地域」であり、公共性はその「地域」においてこそ発現されるべきである。地域保健法（平成6年）や地方分権一括法（平成12年）の制定はこうした考え方の広まりを反映したものと言える。さらに「地域」重視の思想は、疾病構造の変化と社会基盤の成熟を背景に、健康政策の目標が集団から個人へ、客観から主観へ、経済中心から人間中心へと変遷することに勇気づけられ国民に歓迎されてきた。

ところが新型コロナウイルスの感染拡大を契機に状況は一変した。

自らの対応能力を凌駕する“災害の最たる事態”に直面したわが国の行政組織は、中央集権的リーダーシップにそのハンドリングを委ねる選択肢を取った。国民もまた、感染症まん延防止、医療提供体制確保、経済生活安定の三すくみ構造が深刻化する中、公共性の発現を再び「国家」が吸い上げ、単一の司令塔のもとで一元統制する指向性を容認した。

新型コロナウイルスが2019年12月に中国湖北省武漢市で検出されてから2年半を経た今日、政府による一元管理の応急措置がそう簡単には終えられず、もとの潮流に回帰することは容易でないことが半ば諦めとともに認識されつつある。しかし、緊急事態宣言＝対策本部＝非常時権力集中が想定するような統制政策で長期間にわたって国民の健康・福祉を護ることは困難であり、“災害（感染）”を日常に織り込んだ持続可能な政策の再構築が喫緊の課題となっている。

こうした局面において、国民の最も身近な「地域」の親密圏でその生命と健康を守る役割を担う日本医師会には、国全体を視野に入れながら、自己の専門性に依拠するところの自律的行動が期待される。国の全体計画や基本的対処方針を示すのは「国家」の役割であり、日本医師会も新型コロナ政策においてその遂行に一体的に協力してきたが、それが時として国民の生命や健康を経済とのトレードオフの関係の中で扱うものであったことに忸怩たる思いを禁じ得ない場面を幾度となく経験してきた。

こうした現実直面して、日本医師会は、「国家＝公」とみなすかつての国家哲学から、「民を担い手とする公共」とする新たな公共哲学の現場実践者として、殊に国民の生命・健康に関する施策については、プロフェッションとして自律的な責任ある発信と行動に努め、国民の負託に応えなければならないことを改めて深く心に刻む必要がある。

今期の「救急災害医療対策委員会」は、会長からの諮問「新型コロナウイルス感染症（新興・再興感染症）時代の救急災害医療のあり方について」に基づいて設置された3つのワーキンググループに加え、新型コロナウイルス感染症拡大時に発生する災害時の避難所のあり方を検討するための「新型コロナウイルス感染症時代の避難所マニュアルの改訂」ワーキンググループを加え、都合4つのワーキンググループにより活動を行った。これらのワーキンググループに共通する理念は、公共性の発現主体たる「地域」において、地域医師会こそが地域全体の医療提供者を取りまとめる唯一の存在であり、自らと行政との円滑な関係を「触媒」として、多業種・多職種連携を推進していく強固な能力を有する現場実践者であるというものである。

国および日本医師会は、今次の新型コロナウイルス感染症において果たした地域医師会の公共的役割について、改めて確認の上これを評価されたい。

2. 「地域包括ケアシステムにおける救急医療について」ワーキンググループ

今期はその任期のほぼすべての期間にわたり、新型コロナウイルス感染症のまん延に見舞われたことから、ワーキンググループの開催が極めて困難であったことを踏まえ、個々の詳細な議論は行わずに、議論すべき方向性や検討すべき課題を洗い出し、次期委員会で速やかに詳細な議論をスタートできるように課題を整理するのにとどめる方針とした。

こうした厳しい開催環境にありながら、各委員が持ち寄ったデータや資料をもとに非常に活発な意見が交わされ、多くの論点が示された。

とくに、救急搬送時に心肺蘇生を望まない人生の最終段階にある患者への対応方針については、東京都医師会の積極的な対応が紹介され、かかりつけ医との連携の重要性はもとより、国民に対する普及・啓発の方法や、消防や警察等関係機関との連携など幅広い議論がなされ論点が抽出された。

日本医師会には、患者が尊厳をもって最善の医療を受けられる体制づくりを目指し、知見を集積し、関係省庁と連携し、救急搬送時に心肺蘇生を望まない人生の最終段階にある患者に対する標準的な対応方針の作成に向けて検討を進めることを期待する。

3. 「JMAT のあり方」ワーキンググループ

平成 30 年 10 月より開始された日本医師会 JMAT 研修のさらなる充実・発展を目指し、研修プログラムの見直しが検討され、オプション研修として「COVID-19」のプログラムを作成する方針となった。研修プログラム作成にあたっては、救急災害医療対策委員会によって編集された『新型コロナウイルス感染症時代の避難所マニュアル』をテキストとして組み入れることとなり、「JMAT 研修 オプション研修 COVID-19 編 プログラム」として、おおよそ半日の基礎プログラムと、追加的プログラムの 2 つから構成されるプログラム案が上程された。

JMAT 要綱に明記されている「JMAT は被災者の生命および健康を守り、被災地の公衆衛生を回復し、地域医療の再生を支援することを目的とする」という使命を、新型コロナウイルス感染拡大局面においても全うできるように、研修を通じて、平時からかかる事態に即応できる体制を構築、充実させておくことが重要である。

4. 「マスギャザリング災害に備えた医療体制」ワーキンググループ

救急災害医療対策委員会では、マスギャザリング災害に備えた医療体制ワーキンググループが中心となり、2019 年ラグビーワールドカップおよび 2020 年東京オリンピック・パラリンピック競技大会に向けてマスギャザリング対応能力の向上および情報連絡・共有体制の構築を推し進めてきた。今期のワーキンググループでは、その取り組みの総括として、都道府県医師会向けに実施したウェビナー講習会活動や実際のイベントでの活動を総括するとともに、2019 年に上梓した『大規模イベント医療・救護ガイドブック』の記載内容の修正点や改善点についての意見を集約した。

ガイドブックについては、大規模イベントにおいてマスギャザリング対応を担う医師の現場活動を支える地域医師会から、よくまとまっていて準備の段階から大変参考になったとの好評を得た。ただ、今後予定される国内外の大規模イベントでは、新型コロナウイルス感染症への対応・対策は避けられないと考えられるため、感染症に関する内容により一層の充実が求められた。

日本医師会はこうした活動を通じて会員の対応能力の向上を図り、今後国内で開催される大規模イベントにも応用可能な基盤となる医療体制の整備に取り組む必要がある。

5. 「新型コロナウイルス感染症時代の避難所マニュアルの改訂」ワーキンググループ

2019年から世界中に拡散した新型コロナウイルス感染症は、2020年4月には政府の緊急事態宣言が発せられる事態に至った。こうした状況の中で、災害が発生し避難所を開設しなければならない事態に陥った際の感染症対策の参考に資するよう、具体的な留意事項をできるだけ簡略に取りまとめたものが『新型コロナウイルス感染症時代の避難所マニュアル』（第1版・2020年6月公表）である。

今期のワーキンググループでは、第1版の公表から約1年を経て、都道府県医師会からマニュアルユーザーとしての意見が寄せられていることや、新型コロナウイルス感染症についての新たな知見等が報告されていることを踏まえ、加筆やアップデートすべき点を検討し、少しでも有効性・利便性を高められるよう改訂に資する材料の収集に努めた。

その結果、特に「自宅療養者や重症化リスク因子を有する避難者」の項の①高齢者、②妊婦、③要援護者についての記述内容を充実させる、あるいは、二次元コードを利用して参考資料を追加する、などの提案がなされ、これらを反映した形で、2022年3月に『新型コロナウイルス感染症時代の避難所マニュアル』（へるす出版）が出版された。

6. まとめ

“災害の最たる事態”と表現される現下の新型コロナウイルス感染禍にあつて、国家の公共哲学を論じ、百年後の子孫の安全のために防災について熟考することは、日本医師会の委員会として適正なる活動姿勢である。

国家が陥っているような、感染症まん延防止と医療提供体制確保と経済生活安定の三すくみ（トレードオフ）構造のブラックホールに埋没することは許されない。日本

医師会は、公共性の発現主体たる「地域」において、常に国民の傍らにあってその生命・健康を守る現場実務者である。冗長性と即応性を兼ね備えた不断の行動に努める責務がある。

今期の救急災害医療対策委員会の 2 つのワーキンググループは冗長性を、残りの 2 つは即応性を担ってくれたものと総括する。

救急災害医療対策委員会

「地域包括ケアシステムにおける救急 医療について」ワーキンググループ 報告書

令和4年6月

目次 論点一覧

- ◆はじめに

- ◆傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生について
 - ・かかりつけ医との情報共有について
 - ・国民に対する普及・啓発方法について
 - ・警察との関係について

- ◆後方支援病院の確保
 - ・確保のために必要なシステム等について

- ◆病院救急車の活用について
 - ・医療機関に勤める救急救命士の活用法について
 - ・東京消防庁の救急車の譲渡先について
 - ・病院での運用体制について
 - ・病院間搬送、施設間搬送の患者の条件について
 - ・事業の開始について
 - ・災害時の病院間搬送について

- ◆「救急医療基本法」について（地域包括ケアとの関連より）
※一部、他の論点を包含している

- ◆救急救命士の活用について
 - ・救急救命士の業務拡大とメディカルコントロール体制について
 - ・救急救命士の地域包括ケアシステムへの参画の推進について
 - ・アメリカにおける救急救命士の活用について

- ◆新型コロナウイルス感染症にかかる情報や教育・研修について
 - ・情報の共有や整理について
 - ・必要なデータ等の情報収集について
 - ・感染対策にかかる研修について

- ◆災害医療について
 - ・要配慮者について
 - ・情報共有体制について
 - ・DMAT と JMAT の機能と教育について

- ◆参考資料

◆はじめに

本ワーキンググループ（以下、WG）は、親委員会である救急災害医療対策委員会（以下、親委員会）の今期の諮問として、中川会長から「新型コロナウイルス感染症（新興・再興感染症）時代の救急災害医療のあり方について 1. 地域包括ケアシステムにおける救急医療について」という諮問がなされたことに基づき設置された。

WGの委員は下記の通りである。また、WGの開催にあたって、親委員会の山口芳裕委員長にもオブザーバーとしてご参加いただいた。

座長 目黒 順一（北海道医師会常任理事）

間瀬憲多朗（茨城県医師会常任理事）

橋上 裕（三重県医師会常任理事）

坂本 哲也（帝京大学医学部附属病院長）

田邊 晴山（救急振興財団救急救命東京研修所教授）

横田 裕行（日本体育大学大学院保健医療学研究科長・教授）

郡山 一明（北九州総合病院救急科部長）

本WGについては、令和3年11月17日に開催された第4回委員会において、議論すべき方向性を、親委員会の諮問に対して検討すべき課題を洗い出し、次期委員会で、速やかに詳細な議論をスタートできるように課題を整理することとした。

これまでに行われた親委員会及び2回開催されたWGでは、データや資料を参照しつつ非常に活発な意見が交わされ、多くの論点が示された。WGで提示された資料については、「参考資料」として、WG報告書の最後の一覧をまとめている。

本WGで整理した論点の一覧は、前ページの目次の通りである。また、次ページ以降では論点ごとに委員から出された意見や提案等について付記している。

◆傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生について

・かかりつけ医との情報共有について

救急隊が現場に出動して、傷病者の家族など関係者から蘇生の意思がないことを告げられたときに、それがご本人やかかりつけ医と共有できた結論であるのか救急隊には分からないため、かかりつけ医に連絡をすることがポイントとなる。

委員から東京消防庁のデータとして、心肺蘇生を望んでいない患者さんについて、9割以上という高い割合で、救急隊からかかりつけ医に連絡が取れ、「心肺蘇生を中止し、搬送を行わない」という結果となった東京都の事例が紹介された。これには間に訪問看護ステーションが入ったり、出張等で不在の場合に「連携して他の先生が対応する」ケースも含まれており、東京都医師会の積極的な対応の結果であることが報告された。

一方で、これが全国で普遍的にできるのかという意見が出された。全国での動向については、総務省消防庁により「救急業務のあり方に関する検討会」で適宜報告がなされているが、かかりつけ医の先生に連絡を取ったのは約6割、そのうち連絡がついたのは約5割で、そもそも連絡をとらなかったのが約3割5分、連絡がつかなかったのが約1割とのことである。

また Advance Care Planning（以下、ACP）¹の話合いの場に参加したのが、720本部のうち約3割に留まっており、いざという時に救急搬送を頼ってしまう状況がある中で、ACPの話合いの場に消防サイドが参加していくことが広まるよう、消防との連携を深めていくことが医師会の取り組むべき課題の1つではないかという意見が出た。

また、東京消防庁のデータでは、心肺停止後がスタートとなっているが、現場では高齢者施設などから心肺停止になる直前に医療機関、特に高次の救急医療機関である救命救急センターに搬送されるケースも稀ならず存在しており、その中には本来であれば看取りの判断をしてもいいような患者が相当数搬送されるため、そういった患者への対応が必要と考えられるのではないかという課題も出された。

¹ 日本医師会（2018）「終末期医療 アドバンス・ケア・プランニング（ACP）から考える」では『将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、患者さんを主体に、そのご家族や近い人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、患者さんの意思決定を支援するプロセスのこと』としている。

・国民に対する普及・啓発方法について

日本医師会の生命倫理懇談会では地域包括ケアシステムが大きなキーワードとなっており、その中で医師会・かかりつけ医の役割や、介護支援専門員や医療ソーシャルワーカー等のスタッフの育成、行政の関与の重要性、学校教育など早い時期から ACP や人生のあり方について教育すべき等が指摘されていることが紹介された。

・警察との関係について

東京都の事例として、警視庁は当初「自宅で看取った場合には、全例警視庁の方に連絡せよ」ということだったが、それは現実的ではないので、東京消防庁が警視庁と何度か交渉をして、その結果として警察への連絡が不要となり、現状、個別の事例に警察が出てくることは基本的に無いとのことである。ただし、予期できた死亡であるかの判断のためかかりつけ医との連携が必須であることも示された。

色々な地域で同様のルールを策定しようとするときに、なかなか警察関係者が出てきてくれないことも考えられるが、委員から上記の東京消防庁と警視庁での経緯が広まれば、多くの都道府県の警察で、「本県でもいいだろう」という形になるのではないかという意見が出た。

◆後方支援病院の確保

・確保のために必要なシステム等について

新型コロナウイルス感染症の治療を終えて急性期病院から転院するときに、リハビリが必要な患者が多いことから、後方支援病院としてきちんと受けるシステムが必要であり、全国的な導入や診療報酬について考えるべきとの意見が出た。

また、老健施設でコロナに感染して急性期病院に入院し、退院時に元の老健施設が受け入れを拒否するケースが報告されていることから、その対応が課題とされ、老健施設、回復期患者を受け入れる側の病院のマニュアル等の情報共有が必要との意見が

出た。

さらに、そもそも後方支援病院が安心して、安全に、あるいは有効に治療ができる体制ができないことには、受け入れたくても受け入れられないので、普段から余裕を持たせるのか、あるいは緊急の場合でも対応できるシステムを考える必要があり、その際は調整機能だけでは難しく、病院をしっかり支援する仕組みが非常に重要であるという指摘があった。

民間病院、しかも中小病院で「コロナ対応のための体制を普段から作る」という観点からは、将来的に新築、改築するときにはゾーニングをある程度想定されて作ることになるので、そういったところへの補助金が必要になるという指摘や、普段からどのようなゾーニングが可能か考えること、自前のスタッフ・設備だけで対応できない場合に周囲からどのような支援が得られるかの事前準備が必要であるという意見が出た。

◆病院救急車の活用について

・医療機関に勤める救急救命士の活用法について

救急救命士法改正により、医療機関に勤めている救急救命士の救急外来における救急救命処置が認められるようになった。病院の救急救命士が病院外での搬送業務に加えて、搬送のないときに病院の救急外来で仕事ができるのは、雇用する側からするとメリットが大きくなるので、期待をすとの意見があった。

・東京消防庁の救急車の譲渡先について

東京では、東京消防庁と東京都と東京都医師会とで、今までの救急の受入れの状況、転送件数、地域包括ケアシステムにどれだけコミットしてくれるか等で東京消防庁の救急車譲渡先を厳正に選んでいる。今後は2台目の譲渡についても考慮に入れる可能性があるとのことである。

病院の人員的、規模等の受入れの条件等については、各病院ができる範囲で色々な

人員を確保しているのが現状であるが、病院に勤務する救急救命士がいるかどうかで、かなりアクティビティが変わってくるため、そういうことも考慮した上で救急車の配分等を検討されているようである。

留意点としては、区市町村において、2、3病院がまとまって実施しないと、他の病院には医師会による取込みのように見えてしまうので注意が必要とのことである。

・病院での運用体制について

誰が医療機関の中で主体として管理するかによって、運用の実績が異なってくるとのことである。例えば、院長が管理する医療施設では、実際の出動に際して多くの手続きを踏まなくてはいけないため、稼働件数が非常に少ない傾向にある。一方で、救急の現場の医師あるいは救急救命士が運用している医療機関では、極めて稼働件数が多かった。そのため、運用条件は簡素にした方がいいのではないかという意見があった。

また経費について、病院が持ち出しになっているケースがあり課題であるという意見が出された。

・病院間搬送、施設間搬送の患者の条件について

委員の報告によると、病院救急車の導入にあたって「軽症患者のみを基本的に施設等から搬送する」という約束事で始めたが、現実的には病院に着いた途端 CPA になってしまうような患者が送られてくることがある。そのため、自院への搬送や、自院からの下り搬送に限らず、地域の中で病病連携、病診連携、あるいは在宅で診ている方の入院等、それほど緊急性の高くないものは、病院救急車で搬送するという共通認識が、地域包括ケアシステムの中で必要ではないかという意見があった。

・事業の開始について

元々東京都としての試行事業があり、ある程度成果を出した。それを踏まえて、東

京消防庁の全面的な協力により発展した。また、八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会（八高連）の活動もベースにあった。

・災害時の病院間搬送について

東京都の首都直下地震に対するガイドラインの中で、病院間搬送について、他県のDMATがメインで担えないかというアイデアが出ているが、DMATで病院間搬送が主になると十分に実力を発揮できないので、災害時の病院間搬送にも病院救急車を活用できないかという意見があった。

◆「救急医療基本法」について（地域包括ケアとの関連より）

WGの議論の中で、委員から地域包括ケアシステムと救急医療のあり方を連携させるにあたって、現行の法体系が十分でないとの指摘があった。法は社会構築の基盤であり、これが脆弱である限り、システム構築と連携も脆弱なものとなる。解決策として、国民をはじめとした各関係者の役割と責務を構造的に定めたものが必要であり、その具体策として救急医療基本法の整備が必須であるという意見が出された。

救急医療基本法は非常に取り扱う内容の幅が広いため、特に地域包括ケアシステムと関連する論点について後述する。

まず、WGではコロナ禍のような非常に特別な事態に際し、基本的な枠組みが必要ではないかという課題意識のもと、委員から資料が提出された。主な内容は下記の通りであり、それに基づき議論が行われた。

- ・高齢化に伴って介護施設、老人ホーム等からも救命救急センターに救急搬送されてくるため、救命救急センターは、地域の医療機関や施設にディストリビュートしていく機能を果たしていく必要がある。
- ・地域包括ケアシステムの課題として医療と介護の連携、地域格差、浸透率の低さ、人手不足の4点が言われている
- ・地域包括ケアシステムと救急医療のあり方を連携させるのであれば、両方がきち

んと法的整備をされ、相互補完的に機能していることが必要であり、その対応には救急医療基本法の整備が必須である。

- 基本法の中に、国民の義務、国の義務、市町村の義務、関係システムとの連携、救命救急センターの役割の5点をきちんと定めるべきである。
- 「地域包括支援センター」は介護保険法の第115条で、事業内容、必要な職種が明確に定められているので、この中に「救急医療との連携」を入れたとき、初めて地域包括ケアシステムと救急医療の連携が成立する。また、必要な職種の中に「社会福祉士等」と記載しているが、ここに業務拡大された救急救命士が入ると、介護と救急が事務的にも繋がる。
- MC協議会については2001年の通知等に基づいているが、傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準についての協議会は2009年の消防法に基づいている。一方で現実的にはMC協議会が実施基準協議会を包括するような形になっていて、法的におかしな状況である。ここに地域包括ケアシステムも入れると、実態を持たないものだけが進んでいくことになる。
- 現状、MC協議会は地方自治法に基づいて条例で位置付けている地方自治体が多いが、この方法では首長からの諮問を受け、それに答申する機能など、医療という専門的当事者として地域システムの構築に発言する権限は持てない。法に基づくと、それがかなり可能になる。また、基本法に基づけば、政府の関与、国の責務、地方公共団体の役割等が構造的に整合性を持って整備される。
- 救命救急センターに搬送される患者の中には、あまりにも自己中心的・暴力的に救急対応を求める者もあり、受診者側にも一定の義務があることを、国民の責務として書き込んだものを基本法として定める必要があるのではないか。
- 救急医療基本法の位置づけであるが、既に医療法において定められている5疾病・5(6)事業に含まれるものについても、「がん対策基本法」や「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」が定められている。これは医療法を一般法とした場合、特別法の関係にある。救急医療基

本法も医療法に対する特別法の位置づけとして考えられるのではないか。

まず委員からは、救急医療が特に社会的弱者へのセーフティーネットであり続けることについて、明らかな不適切利用もあるが、多くの場合は社会的弱者であることがそういった行動に繋がっている方も多いので、ある程度やむを得ないという意見と、適切な利用を行うという国民の責務は必要で、明文化をする時期ではないかという意見があった。

また MC 協議会についての議論として、救急医療で困ったことがあれば何でも「MC 協議会で」という現状がある一方で、その法的な位置付けや予算的な裏付けが十分でないにもかかわらず、ACP にも MC 協議会が関わるというバランスが悪い状況であるということが指摘された。

さらに現在の MC 協議会は法律の根拠を持たないが、その上さらに地域包括ケアシステムとなると、地域包括ケアシステム自体は法制化もされているが、MC はされていないので法律等で整備していくべきという意見が出された。

また「がん対策基本法」や「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」ができていく状況で、いわゆる「5 疾病 5 (6) 事業」として医療法に規定はあるが、救急医療もそういったところを目指さないと、予算の確保が更に難しくなってしまうという意見が出された。

令和 3 年 5 月の救急救命士法の改正については、救急救命士が医療職であり、現場活動をしていく中で地域の保健福祉にも関わっているということから、介護支援専門員を取るための基本的な資格の 1 つとして認めてはどうかという意見が出された。

また、各地域の医療計画の中で「5 疾病 5 事業」に「新興感染症対策」を加える場合、縦割りであった救急災害医療、感染症あるいは地域包括ケアシステムに横串を入れて作っていくというのが非常に重要な視点であるという意見が出た。

◆救急救命士の活用について

・救急救命士の業務拡大とメディカルコントロール体制について

令和3年の救急救命士法改正を踏まえた議論が行われた。

まず、病院の中の救急救命士に対するMCについては、そもそもMCは病院の中で潜在的に行われていたものを病院外でも実施するために明文化したもので、これまでも潜在的に行われてきたのではないのかという意見が出た。

また、院内では基本的には直接医師の指示のもとで行えばよいが、気管挿管等の都道府県のMC協議会が認定をするという法的な建付けがあるものに関しては何らかの承認が必要という意見や、消防機関の救急救命士が地域のMC協議会のプロトコルに従って搬送してきた際に継続的な処置をするため、病院の救急救命士も同じプロトコルを知る必要があるといった意見が出された。

他にも委員から、医療機関に所属する救急救命士は患者が外来から入院するまでの業務が可能になったものの、入院中の患者に対しては救急救命処置33項目を業務として行うことができないため、救急救命士に対して指示・指導するドクター向けの講習会において、例えば院内の「ラピッド・レスポンス・システム」、「ラピッド・レスポンス・チーム」などの病院内組織に業として入れないことが、課題として必ず挙がってくるとの報告があった。

日本臨床救急医学会と日本救急医学会が合同で公表した「医療機関に勤務する救急救命士の救急救命処置実施についてのガイドライン」を作る中で、救急救命士の役割は「重度傷病者に対する救急救命処置ができる」ということで、「医師が診て判断した者にのみ救急救命処置を行う」という縛りが解けなかったこと、また「都道府県MC協議会による認定が必要である」といういわゆる特定行為について、今までの通知の文章をそのまま生かしているのが、病院で働く救急救命士に対して、医師会の方で上手くサポートすることが必要との意見が出された。

これに対して、今回の法改正は救急救命処置が行える場所の拡大だけで、対象患者や行うことができる業務は一切変更していないという補足説明がなされた上で、実際

に病院で困ったことや、「こうあるべき」という蓄積をしっかりと検証して次の改正につなげるべきとの意見が出された。

関連して、他県に異動した救急救命士が、異動元の都道府県 MC 協議会で認められた行為について、異動先で基準が大きく違ってしまうと問題なので、都道府県 MC 協議会に「一定の基準が必要ではないか」という議論もあった。

今までの議論を踏まえて、委員より図 1 の表が提案された。今期の議論では、「場所の拡大、現行でも可能」は消防機関以外での業務で、これらは特に法に触れることはないのではないかという意見だった。

一方で、「場所の拡大、現行で不可能」は救急外来以外の場所での院内救命士の業務、「業務の拡大、現行で不可能」は院内ラピッド・レスポンス・チームへの参画で、このように 4 つに分けて整理できるのではないかと提案がなされた。また、地域包括ケアシステムとの連携参画については、他項のとおり、法律や制度を含めた環境整備が必要という意見が出ている。

図表 1 救急救命士の活用について－ 論点整理の枠組みと例示 －

※「現行」は法改正後の状態

	場所の拡大	業務の拡大
現行で可能なもの	消防機関以外での業務	
現行で不可能なもの	救急外来以外の場所での 院内救命士の業務	院内ラピッド・レスポンス・チームへの参画
	地域包括ケアとの連携	

・救急救命士の地域包括ケアシステムへの参画の推進について

地域 MC 協議会や都道府県 MC 協議会の運営については、毎年報告事項などで終わってしまったり、県内で大きな地域差があったりするので、地域包括ケアシステムとの連携について議論が進んでいないという課題が提示された。

また、県下の各郡市の MC 協議会と地域包括ケア協議会で、例えば高齢者の搬送の問

題点をそれぞれに定義していて議論が進まないのが、人材の相互参加を考えているとのことであった。また「かかりつけ医」の立場としては、通常では救急救命士との関りが少ないので、かかりつけ医と救急救命士とが何か月に1回検討会を行うなどの提案が出された。

沖縄県の事例としては、コロナ前に地域ごとで救急の消防隊員と介護施設の方々の意見交換会が取り込まれるなどの人材交流が行われていたということである。医師が入ることは少なく、一堂に会して、ACP等を含めてとても良いコミュニケーションが取れたとのことである。

救急救命士の働く場についても意見が出された。1つは地域包括支援センター等に取り込んで、独居や高齢者の二人夫婦の自宅等へ介入ができないかというものである。もう1つは、地域で看護師をなかなか採用できない問題がある中で、日頃診ている在宅患者の急変に際し、かかりつけ医がすぐに行けないときに、救急救命士が医師の指示のもとに先に駆けつけるのはどうかというものであった。

・アメリカにおける救急救命士の活用について

今回のコロナで、カナダやアメリカでも多かった、コミュニティパラメディックのような、持っている医学的な知識や緊急度の判断等も使いながら、保健師活動が足りないような場所において、見回りをするなどのことも業務としてはあり得るのではないかという観点から、諸外国のコミュニティパラメディックの制度を研究してはどうかという提案が委員から出された。

これに対して、アメリカでも救急外来で働くパラメディックは相当数存在しているが、その場合には基本的には、現場で働く医師と救急救命士の間で直接的な関係において医療が統括されており、あえてメディカルコントロールやメディカルディレクションという言葉を使っていないと思われるとの意見が出された。

ただ一方で、具体的な指示を必要とする処置と、包括的な指示による処置というのは、病院の中でも看護師に対して同じような区分があるので、逆にMCという文化を院

内に持っていくと分かりやすくなるのではないかという意見が出された。

また、アメリカのパラメディックと日本の救急救命士では、持っている知識と技術のレベルがかなり違っていることや、日本では「救急車に乗ってどんなことができるか」のみ教育を受けているので、もう少し幅広い教育が必要であるなどの課題も出されている。

◆新型コロナウイルス感染症にかかる情報や教育・研修について

・情報の共有や整理について

親委員会において、委員から当該テーマに関する資料が提出されプレゼンテーションがなされた。主な内容としては「情報は様々な数字や知識等の情報の整理方法を知っていてこそ解釈が成り立つが、情報の整理が追いつかないと人々の心理状況に不安だけが生まれていくことになるので、これを打開するためには情報の整理方法を地域医療に関係する人々が共有して整理をしない限り連携が上手くいかない」というものである。

委員からは、情報についてマスコミは煽るような形になっており分かりづらいので、それに対して医師会の役割を考える必要性があるとの問題提起がなされた。

また委員から「連日報道される『今日は何人増えた』という情報が不安を生む」という意見があったが、これに対して国民や東京都民の行動変容をきたした一番強い因子は「数」であることから、やはり「何が真実かを伝える」ことが大事であるという意見も出された。

また、他院から患者の受入れを頼まれるときに、念のためにもう一回 PCR 検査や抗原検査が行われていて、無駄かもしれないが院内感染が怖いためそうなっているとの報告があった。これについて、情報を整理をすると受入れもスムーズになるのではないかと、またそれにより急性期を過ぎた患者を受入れる医療機関が増えれば、マスコミの医師会に対する批判も収まってくるのではないかという意見が出された。

・必要なデータ等の情報収集について

北海道旭川市の高齢者施設のクラスターでの事例を受けて、高齢者施設や療養型病院でのクラスターの影響が極めて大きく、そのような施設や病院を支えることが重要であるという理解がなされたが、当時、全体の入院や死亡に対する施設や病院でのクラスターの影響が数字として分からないことが対策を難しくしていたという報告がなされた。

それを踏まえて「どこで、どの、どういった感染を原因として人が亡くなっているのか」を突き詰めないと、感染自体を減らすことは可能かもしれないが、感染による死亡者を減らすためにやるべきことが見えてこないとの意見が出された。

・感染対策にかかる研修について

地域における研修について、専門家がいなくて「教育媒体を作る」ことは現実的には難しいので、多くの地域で医療機関、高齢者施設、介護施設が作っている院内感染に対する勉強会や、感染制御にかかる地域のチームを厚生労働省で把握して、そこといかにうまく連携をしていくかを考えるのが一番有効で実効性が高いのではないかという意見が出された。

なお、教材については、未知の感染症の時にはまず「こういうことを確認する」という基本スライドや冊子があると良いという意見や、研修会には感染症の専門家を呼ぶと、ウイルス学の専門家だったり、感染症内科の専門家が、非常に専門の話をしてしまうことがあるという注意点が指摘された。

また本委員会の「JMATのあり方」ワーキンググループにおいて、JMAT研修のCOVID-19 オプション研修を考えるときに、地域包括ケアの観点から「介護施設での施設内感染介入」について考えてはどうかという提案がなされた。今までJMATでは看護師が中心となっていたが、高齢者のことを考えると、介護士などもJMATの一員として、避難所等の支援活動が必要になってくるとの指摘もなされた。

◆災害医療について

・要配慮者について

地域包括ケアとして、要配慮者（医療的ケア児なども含む）の扱いについて、要配慮者の存在の把握を常に共有できるようにしておくべきとの意見が出た。

委員からは実例として、三重県で各市町において要介護者の一覧表を避難所に事前配布してチェックする仕組みや、茨城県常総市で電子連絡帳という IT による情報共有を図っている事例などが紹介された。

・情報共有体制について

津波などで地域の基幹病院が機能することができなくなる場合を、ハザードマップとの関係で把握できるようにしておく必要があるという指摘や、台風や大雨の際にアラートを出すタイミングについて検討すべきとの意見が出た。

また緊急時一時避難場所や避難所に関する情報共有として、場所、設備、対象者についての情報提供システムが足りないという指摘が出た。札幌市での事例として平成30年北海道胆振東部地震のときにすぐ傍にある避難所等が分からないという状況が起きていたことが紹介された。

・DMAT と JMAT の機能と教育について

新型コロナウイルス感染症では、患者数が極めて急激に増える「災害的な側面」があり、様々な調整や支援に DMAT が持っている機能が有用であった。JMAT にそのような機能を持たせるのか、あるいは役に立つ部分の研修をかかりつけ医の先生方にも受けていただき、「災害対応能力」を地域の感染症対応にどう活かしていくか、また災害対策本部や DMAT との連携についても検討が必要であるという問題提起がなされた。

また、北海道でクラスターが起きた際に、日本災害医学会のチームを JMAT として派遣した。そのような枠組みはあるが、教育面がまだまだ未整備なので、カリキュラムを作るべきとの意見があった。

◆参考資料

- ・総務省消防庁 救急業務のあり方に関する検討会「傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生」2021年11月30日
(https://www.fdma.go.jp/singi_kento/kento/items/post-93/02/sankou.pdf)
- ・総務省消防庁 救急業務のあり方に関する検討会「傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生」2022年2月28日
(https://www.fdma.go.jp/singi_kento/kento/items/post-93/03/sankou1.pdf)
- ・日本医師会 第XVI次生命倫理懇談会 答申「終末期医療に関するガイドラインの見直しとアドバンス・ケア・プランニング（ACP）の普及・啓発」令和2年5月
(https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20200527_3.pdf)
- ・第33期東京消防庁救急業務懇話会 東京消防庁救急業務懇話会答申書 「高齢者救急需要への取組はいかにあるべきか」2019年2月
(<https://www.tfd.metro.tokyo.lg.jp/kk/data/tosin.pdf>)
- ・東京都医師会 救急委員会「地域包括ケアシステムの中での病院救急車の活用について」2021年4月
- ・郡山一明 「第3回病院前救護における協議会のあり方—運営の矛盾、限界と救急医療基本法の必要性—」プレホスピタル・ケア 第34巻第3号（通巻163号）2021年6月 pp64-67
- ・日本医師会救急災害医療対策委員会「平成30年・令和元年度 救急災害医療対策委員会報告書」2020年6月 (https://www.med.or.jp/dl-med/eq201103/jmat/saigai_r0206.pdf)
- ・一般社団法人 日本臨床救急医学会、一般社団法人 日本救急医学会「医療機関に勤務する救急救命士の救急救命処置実施についてのガイドライン」2021年9月30日
(<https://www.jaam.jp/info/2021/files/info-20210929.pdf>)

救急災害医療対策委員会

「JMAT のあり方」ワーキンググループ 報告書

令和4年6月

はじめに

本ワーキンググループ（以下、WG）は、親委員会である救急災害医療対策委員会の今期の諮問として、中川会長から「新型コロナウイルス感染症（新興・再興感染症）時代の救急災害医療のあり方について 2. 災害医療について 1）JMATのあり方」という諮問がなされたことに基づき設置された。

本WGの委員は下記の通りである。また、WGの開催にあたって、親委員会の山口委員長にもオブザーバーとしてご参加いただいた。

座長	猪口 正孝（東京都医師会副会長）
	登米 祐也（宮城県医師会常任理事）
	村上美也子（富山県医師会副会長）
	加陽 直実（静岡県医師会副会長）
	細川 秀一（愛知県医師会理事）
	鋤方 安行（大阪府医師会理事）
	北村 龍彦（高知県医師会常任理事）
	杉町 正光（兵庫県医師会常任理事）
	田名 毅（沖縄県医師会常任理事）

本WGについては、令和3年11月17日に開催された第4回委員会において、残りの期間で議論すべき方向性を下記の通り整理した。

- ◆JMAT 研修オプション研修「COVID-19」のプログラムを作成する。
- ◆研修プログラム作成にあたっては、「新型コロナウイルス感染症時代の避難所マニュアル」をテキストとして組み入れた形で考えてはどうか。

この2つの方向性に基づき、令和4年3月2日、同4月27日に2回にわたりWGを開催し、プログラムについて検討を行った。

WGでは委員により活発な意見が交わされ、「JMAT 研修 オプション研修 COVID-19 編プログラム (案)」として、おおよそ半日の基礎となるプログラムと、追加的な研修プログラムの2つから構成されるプログラム案を提示している。詳細は次ページ以降に示す。

JMAT 研修 オプション研修 COVID-19 編 プログラム (案)

1-1. 学習目標

- 災害時、被災地内外から派遣される JMAT (日本医師会災害医療チーム) として、新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) をはじめとする自チームの感染予防策を講じることができ、かつ派遣先において適切な感染対策 (治療は除く) ができるよう、必要な知識・知見・技術を身につける。
- 特に全国的な感染拡大時には、被災地外からの支援を受けることが難しいことを鑑み、各地域の被災地 JMAT として活動するために身につけておく知識・知見・技術として実施されることが望ましい。

1-2. 対象者

- **医師**：JMAT 隊員への感染対策、自宅療養者等の巡回診療、派遣先の避難所や高齢者施設等における感染対策の指導を担う立場で受講
- **医師会・医療機関の事務職員**：JMAT の一員として活動する際の感染対策、また都道府県医師会における JMAT の派遣・受け入れに際して、必要な業務調整や医療資器材の調達等を担う立場で受講
- **看護職員、救急救命士や臨床検査技師等の医療関係職種**：JMAT 隊員として、医師の指示のもとに活動する立場で受講

1-3. インストラクター

- **医師会役員**：JMAT 活動と COVID-19 をはじめとした感染症対策の関わり
 - **日本医師会 救急災害医療対策委員会**：「新型コロナウイルス感染症時代の避難所マニュアル」(山口芳裕委員長または委員長の推薦者)、委員または委員の推薦者
 - **災害医療の専門家**：DMAT 関係者、日本災害医学会関係者、日本赤十字社関係者、災害関係委員会委員
 - **感染症の専門家**：DICT 関係者 (日本環境感染学会)、各都道府県の感染症対策チームや疫学調査チーム (Infection Control Nurse 等)
 - **保健行政関係者**：地域の保健所スタッフ等各都道府県の実情に応じて
- ※ 一つの所属に絞るのではなく、インストラクター同士や受講者・研修開催医師会との「顔の見える関係」の醸成も目指す。
- ※ 職種・資格は問わず、資質・経験を基に選任

1-4. プログラムの構成

- 講義（座学）と実習の組み合わせにより行う。
- 各都道府県医師会等が開催する研修では、講義（座学）は、その一部又は全部を事前学習及びその確認（小テスト等の実施）の組み合わせとすることを認める。
- 感染対策を考慮しつつ、実習は可能な限り実地で行う。
- 本研修では「新型コロナウイルス感染症時代の避難所マニュアル」（2022年3月日本医師会救急災害医療対策委員会）をテキストとして活用する。

1-5. 進め方

- 令和4年度中に、日本医師会において47都道府県医師会担当役員・ロジスティクス担当向けに研修会を開催し、各都道府県医師会等で開催する研修の基本とする。同時に、課題の抽出・プログラムの見直しを行う。
- 講義（座学）は録画の上、日医が提供するe-learningシステム上に掲載し、地域で開催する研修の受講者が事前に学習できるようにする。
- 医師の受講者については、日本医師会生涯教育制度の対象とする。

2-1. プログラム構成

- 講義は、その一部又は全部を事前学習及びその確認（小テスト等の実施）とすることができる。
- 日本医師会生涯教育制度に合わせて原則 30 分単位とする。

	科目	概要	時間
講義	COVID-19 について	<ul style="list-style-type: none"> ・ 山口委員長による COVID-19 の概論 ・ 「新型コロナウイルス感染症時代の避難所マニュアル」（令和 4 年 3 月）について ・ 医師会、JMAT に求められること 	事前学習 60 分
実習	標準予防策 （講義 + 実技）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 避難所における感染対策（マニュアル p17-p27） ・ アルコール等による手指消毒、環境の衛生管理 	60 分
	PPE の着脱 （講義 + 実技）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 個人防護具の着脱手順、N95 マスクの着脱手順 （マニュアル p54-p60） 	
	検体の採取 （講義 + 実技）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 検体採取実習（鼻咽頭ぬぐい液、唾液） 	
実習	ゾーニング （机上演習）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 避難所のゾーニング指導（マニュアル p28-p48） ・ 保健所や専門家チームとの役割分担・連携体制 	60 分
実習	クラスター対策 （机上演習）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 避難所のクラスター対策 ・ 保健所や専門家チームとの役割分担・連携体制 	90 分
合計	講義（座学） 実習		60 分 210 分
修了式		講評、修了証書授与等	

2-2. 追加的な研修プログラム

- 2-1 で示したプログラムに加え、以下は、研修会の開催可能時間や研修会場の設備等の状況、各地域の JMAT の体制、受講者の属性等を踏まえて追加的に行う

実習	標準予防策	<ul style="list-style-type: none">・ブラックライトを利用した手指衛生のチェック、環境の消毒※会場に手洗い設備やベッド・リネン等が必要
実習	ゾーニング (机上演習)	<ul style="list-style-type: none">・応用事例※事例集を配布することでも対応可能・高齢者施設のゾーニング指導※各地域の JMAT の体制や、受講者の属性を踏まえる
実習	クラスター対策 (机上演習)	<ul style="list-style-type: none">・応用事例 (JMAT 隊員に感染者が出た場合の対応、手続き、搬送など)※事例集を配布することでも対応可能・高齢者施設のクラスター対策※各地域の JMAT の体制や、受講者の属性を踏まえる

救急災害医療対策委員会

「マスギャザリング災害に備えた医療体制」ワーキンググループ 報告書

令和4年6月

報告書

マスギャザリング災害に備えた医療体制ワーキンググループ

公益社団法人 日本医師会長
中川俊男 殿

救急災害医療対策委員会
マスギャザリング災害に備えた医療体制ワーキンググループ
委員長 山口 芳裕

救急災害医療対策委員会では、マスギャザリング災害に備えた医療体制ワーキンググループが中心となり、2020年東京オリンピック・パラリンピック競技大会(以下、東京2020大会)に向けたマスギャザリング対応能力の向上および情報連絡・共有体制の構築を推進して参りました。その取り組みの総括として、都道府県医師会向けに実施したウェビナー講習会活動、東京2020大会の総括と「大規模イベント医療・救護ガイドブック」への意見について、下記のとおりご報告いたします。

記

1. マスギャザリングにおける救急・災害医療（一般医家のための Webinar）

◆ 概要

2020年東京オリンピック・パラリンピック競技大会(以下、東京2020大会)の開催を見据え、万が一、不測の事態が発生した場合などに、共通認識の下で円滑に傷病者の医療救護活動に当たれるよう、救急・災害医療に関わる医療従事者に求められる対応・対策の教育など、医療体制の構築に資する講習会の開催を計画した。

本講習会は、令和2年に東京都で実施された「東京2020大会に向けたマスギャザリング災害対策セミナー」を参考とし、マスギャザリング災害への基本的対応に加え、新型コロナウイルス感染症の流行下における医療救護の注意点について内容を追加した。また、対面形式での講習会の開催が困難となったことから、ウェビナー機能を活用したプログラムを作成した。「現地参加型」でないことのデメリットを低減するために、事前に外傷出血マネキンを用いた止血帯の使用動画を撮影し、さらに視線映像の中継配信を盛り込むことで、臨場感を重視した1時間半の講習を提供した。

図1 ウェビナー講習会プログラム

時間	内容
10分	開会のご挨拶
10分	イベント医療体制のプランニング
20分	マスギャザリング医療体制とCBRNEテロ
25分	止血処置の役割と重要性～ターニケットの使用～
10分	感染症流行下の医療救護
10分	質疑応答、閉会のご挨拶

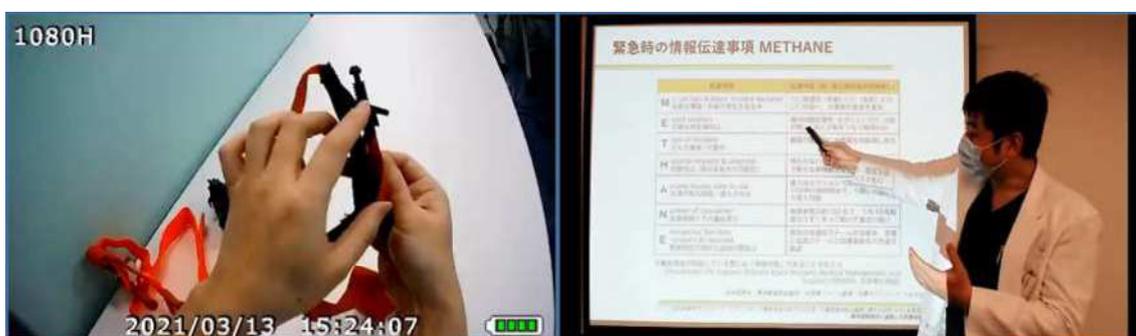


図2 視線映像の中継配信画面(左)、配信の様子(右)

◆ 開催日時

東京 2020 大会の開催地を対象に、都道府県医師会協力のもとウェビナー講習会を以下の日程で実施した。講習会の講師は山口芳裕(杏林大学医学部救急医学、以下同教室)、井上孝隆、宮国泰彦、加藤聡一郎、野田祐司が務めた。

開催日時	対象	参加者*
令和3年3月13日(土)	北海道医師会	計 301 名
令和3年6月26日(土)	神奈川県医師会	計 282 名
令和3年7月10日(土)	東京都医師会	計 74 名

*参加者の職種は医師、看護師、保健師、救命士、救命士以外の消防職、病院事務、行政職員など

図3 ウェビナー講習会日程一覧

◆ 事後調査

講習会の終了後に、参加者を対象としてアンケート調査を実施し、計 393 名から回答を得た。

- ・講習会全体に対しての満足度
175 名が「非常に満足」、133 名が「やや満足」、と回答した（あわせて全体の 78.4%）
- ・今後の自身の仕事にとって有用性
187 名が「かなりある」、178 名が「ややある」、と回答した（あわせて全体の 92.9%）
- ・「現地参加型」と比較した「Zoom ウェビナー」での開催効果
かなりメリットがある（234 名）、一部でメリットもある（71 名）、概ね遜色ない（66 名）、と回答（ポジティブな回答が全体の 94.4%）

アンケート調査結果から、一部に回線不通などウェブ開催上の問題点は窺えたものの、実習内容には高い満足度が得られ、デメリットを越えた多くの肯定的反応が得られた。マスキング災害医療という特異な内容で、手技教育を伴うような講習会であっても、ウェビナー形式の遠隔的な手法で効果的な教育を提供できる可能性が示唆された。

また、手技教育を含めた対面形式での講習会では、参加者に対し相応数のインストラクターを確保する必要があるものの、今回のウェビナーでは、少人数の講師陣で、数百名の参加者に対し、効果的な教育を実施することが可能であった。感染症対策に限らず、対象者の拡張性や視聴環境の多様性といった観点からも、マスキング災害医療体制構築の啓発について、新しい時代におけるひとつの在り方を示した。

◆ 今後の展望と課題

大規模イベント開催時における医療体制の構築には、救急災害医療の専門家のみならず、行政や開催地域保健医療圏の一般医家など、さまざま職種の協力が必要不可欠である。今回のウェビナー講習会は、都道府県医師会の協力のもと、大勢の、かつ他職種の方に参加していただいた。今後も都道府県医師会との連携を強化し、本講習会の開催を通して、2025 年開催予定の大阪万博やその他の大規模イベントに向け、マスキング災害医療対応能力の向上および情報連絡・共有体制の構築を推進する。

2. 東京 2020 大会の総括と「大規模イベント医療・救護ガイドブック」への意見

◆ マスギャザリング災害に備えた医療体制ワーキンググループ委員会開催日時

日時：令和 4 年 4 月 25 日(月) 16 時 00 分～17 時 00 分

場所：WEB 会議

出席者：マスギャザリング災害に備えた医療体制ワーキンググループ委員

座長 山口芳裕

委員 猪口正孝、坂本哲也、田邊晴山、横田裕行

新型コロナウイルス感染症の全国的な流行下に開催された東京 2020 大会において、本委員会の委員は各運営組織の医療部門で中枢的な役割を担った。その対応を総括しつつ、今後の大規模イベント開催に向け、「大規模イベント医療・救護ガイドブック」への意見について頭出しをおこなった。

◆ Headquarter

- 大規模イベント開催による感染拡大への影響の評価
- 感染症流行下における医療提供体制の評価・把握
- 大会組織委員会と、イベント開催地域の都道府県との密接な連携の重要性
- 競技特有の患者発生リスクや搬送経路を踏まえた、地域医療機関との事前の調整
- VIP 情報やセキュリティ上の対応について
- 大規模イベントが、通常の医療、あるいは感染症流行下で逼迫している状況下の医療に与える影響について
- 医師会から行政に対する大会開催様式の請求について
- 熱中症対策やリスク管理を踏まえた上での、競技開催地域や開催時刻の調整

◆ Scene

- イベント開催地域の一般医家や行政に対する、マスギャザリング講習会の有用性
- 熱中症ハザードマップの作成を通じた、地域・時刻別熱中症発生リスクの共有
- 新型コロナウイルス感染症流行下の大規模イベント開催時の注意事項（選手及び関係者の新規陽性患者数、コロナ禍の心肺蘇生法の教育、救護所の換気・動線など）

◆ Course curriculum

- マスギャザリングにおける救急・災害医療（一般医家のための Webinar）のカリキュラムについて

◆ Appendix

- 関係機関や紹介先などの連絡先の充実

以上

救急災害医療対策委員会

「新型コロナウイルス感染症時代の避難所 マニュアルの改訂」ワーキンググループ 報告書

「新型コロナウイルス感染症時代の避難所マニュアルの改訂」ワーキンググループにおいては、令和2年6月17日に第1版が公表された同マニュアルについて、加筆やアップデートすべき点を検討し、改訂に際して参考となる材料を提供することを目的として議論を行った。

検討の結果は、次ページ以降の通りワーキンググループの報告書（令和3年5月12日）としてまとめられ、親委員会へ提出された。

その後、山口芳裕委員長を編集代表として上記報告書を踏まえて第二版の編集が行われ、「新型コロナウイルス感染症時代の避難所マニュアル」（へるす出版）として書籍の形で出版を行った。

併せて日本医師会ホームページの下記URLに掲載し、PDFをダウンロードが可能となっている。

日本医師会HP

「新型コロナウイルス感染症時代の避難所マニュアル第2版」

https://www.med.or.jp/dl-med/kansen/novel_corona/saigai_shelter_manual2.pdf

令和3年5月12日

報告書

令和2・3年度 日本医師会救急災害医療対策委員会
「新型コロナウイルス感染症時代の避難所マニュアル」の改訂
ワーキンググループ

座長 松山 正春

令和2・3年度救急災害医療対策委員会において、「新型コロナウイルス感染症時代の避難所マニュアル」の改訂を目的として、本ワーキンググループが設置された。この度、ワーキンググループでの検討結果の報告書がまとまったため、以下の通り提出する。

◆本ワーキンググループ委員

座長 松山 正春（岡山県医師会会長）

村上美也子（富山県医師会副会長）

杉町 正光（兵庫県医師会常任理事）

登米 祐也（宮城県医師会常任理事）

田名 毅（沖縄県医師会常任理事）

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）

【オブザーバー】

井上 孝隆（杏林大学医学部准教授・高度救命救急センター）

◆目次

1. 「新型コロナウイルス感染症時代の避難所マニュアル」第1版 作成経緯
2. 本ワーキンググループの目的
3. 本ワーキンググループでの検討結果の報告

1) 「新型コロナウイルス感染症時代の避難所マニュアル」第1版 作成経緯

去る2019年12月頃から、新型コロナウイルス感染症の患者が世界的に拡散していく中、我が国でも4月7日に、全国に先駆けて7都府県に対して政府の緊急事態宣言が発せられ、4月16日には全都道府県に拡大される事態に至った。

このような状況の中で、過去数年の甚大な水害被害が6-7月に集中していることから、災害が発生し避難所を開設する場合には、感染症対策に万全を期することが重要となった。これを受け、日本医師会救急災害医療対策委員会では、山口芳裕委員長のリーダーシップの下、「新型コロナウイルス感染症対策ワーキンググループ」を立ち上げ、作業時間が厳しく制限される中、平時の事前準備および災害時の対応の参考に資するよう、具体的な留意事項をできるだけ簡略に「ガイドブック」の形に取りまとめたものが「新型コロナウイルス感染症時代の避難所マニュアル」である。

2) 本ワーキンググループの目的

「新型コロナウイルス感染症時代の避難所マニュアル」は、2020年6月17日に第1版を公表した。公表から約1年が経ち、本マニュアルも各都道府県医師会等に行き渡ってきたと考えられることや、新型コロナウイルス感染症について新たな知見等がみられていること等から、今般、加筆やアップデートすべき点を検討し、改訂に際して参考となる材料を提供することを目的としている。

特にJMATとして災害対応を行うことから、本マニュアルのユーザーとして想定される都道府県医師会の視点を反映させることで、より有効性・利便性を高めることを主な目的とする。

3) 本ワーキンググループでの検討結果の報告

本ワーキンググループでは、令和3年2月26日に開催された第2回救急災害医療対策委員会に先駆け、ワーキンググループ委員から「新型コロナウイルス感染症時代の避難所マニュアル」第1版（以下、本章では「第1版」とし、文中のページ数は、指定が無い限り「第1版」のものとする。）に加筆や修正をすべき点について意見を募集した。意見の提出に当たっては可能な限り、出典となる資料を併せてご提出いただくよう依頼した。

また、ワーキンググループで出た意見を第2回救急災害医療対策委員会で報告し、当日の参加委員（18名全員参加）及びオブザーバーより意見を募った。

これらの意見について、下記の通り項目ごとに取りまとめた。記載に当たっては、今後の避難所運営等のあり方にも資するものと考えられることから、本マニュアルのあり方も含めた避難所運営等にかかる意見と、具体的なマニュアルの加筆等の提案とに分けて記載している。

0. マニュアルの構成について

第1版は、コンパクトに要点がまとまっており、災害現場におけるポータビリティ等の観点からも、内容の追加により必要以上にページ数が増えることは望ましくないと考えられる。

改訂するにあたっては、詳細な説明や、参考資料として役に立つと思われるものは、その掲載先を二次元コード等でマニュアルに記載し、必要に応じて参照できるようにしてはどうか。

【具体的な加筆等の提案】

- ・ 11 ページ等に記載されている参考資料や、今後追加する参考資料のうち、必要と思われるものについては二次元コードにして掲載してはどうか。

1. 避難所の開設（4 ページ～）

令和2年7月豪雨災害の際、6月に熊本県医師会がすでにCOVID-19を考慮したマニュアルを作っていたので、7月豪雨災害では避難所におけるクラスターは起きなかったということで、まさに「準備が非常に重要」ということが再び確認できた。

そのとき一つの課題が、やはり三密対応をすると1つの避難所に入れる数が少なくなってしまうので、結局場所によっては収容予定の3倍の人が来てしまうようなことが起きた。

地震災害であれば、すぐ収容する必要があるが、気象災害の場合はある程度時間的に余裕があると考ええると、その「分配」ということも非常に重要なことだと考えられる。1つ1つの避難所はもちろんであるが、どのように連携して効率よく配分することも、今後の1つのテーマになるのではないか。

2. 医療資機材の準備（5 ページ～）

① 通信手段について

避難所では通信手段の多様化が必要と思われ、Wi-Fi ルーターなどの準備、検討を行ってはどうか。COCOA（新型コロナウイルス接触確認アプリ）などの接触アプリを有効に用いるとなると、通信環境の充実が求められることが考えられる。マニュアルに書き込むのは難しいかもしれないが、5Gの時代であるので、調査が必要と考えられる。

② 妊産婦、小児等について

妊産婦において（小児や若年者においてはワクチン接種歴が分かるため）は持参するものとして、情報の多い母子健康手帳が必要と考えられる。

【具体的な加筆等の提案】

- ・ 5ページの「B. 避難者に用意を促すもの」の「平時から準備しておくの良いもの」に追加で「母子健康手帳」（避難所での感染症流行に備えて、ワクチン接種歴がわか

るよう)を追加してはどうか。

3. 避難者の健康状態の確認 (6ページ～)

①避難所の運営について

避難所の具体的な運営の面について記載を加えてもいいのではないか。

【具体的な加筆等の提案】

・6ページ「A 避難所入所時の健康状態の確認」について、下記の項目を追加してはどうか。

- 避難所の運営は市町村が行う
- 避難所のリーダー(コンタクトパーソン)である行政職員等の責任者、もしくは担当の行政の保健師から情報を収集する
- 既に現場に関わっている地域医師会(被災地 JMAT)等の医療救護班、担当保健師にも挨拶し、情報交換を行う

4. 自宅療養者や重症化リスク因子を有する避難者 (7ページ～)

① 高齢者について

高齢者は新型コロナウイルス感染症で重症化が懸念されるため、避難所では高齢者スペースを用意する必要があるのではないかと考える。

避難所でも、元気な避難者は自宅の整理、仕事等で外出するが多かったように、これでは感染の危険が増すため、これらの避難者と高齢者は遮断されるべきと考える。医療関係者に加えて介護職員なども派遣し対応に当たることが必要と思われる。

また、高齢者施設からの避難について、寝たきり状態、認知症者の避難所への受け入れは困難であると考えられる。可能な限り施設を避難所とみなし、医療・介護のチームを派遣し運営の支援をするなどは考えられないか。高齢者にとって環境の変化は災害以上に大敵である。

② 妊産婦について

第1版では、妊産婦について受付を別にしていたり、授乳スペースやおむつ交換スペースなどの配慮がなされているが、「妊産婦について」と別建てで記載があると、より安心できるように思われる。

【具体的な加筆等の提案】

・7ページの「B. 在宅療養者や重症化リスク因子を有する避難者の対応」に、下記のように「妊産婦について」と別建てで記載を設けてはどうか。

「・妊産婦については要配慮者として専用スペースを設け、妊娠週数、初産・経産、分娩予定日、健診医療機関等を把握する」

③ 要援護者について

7ページの「B.在宅療養者や重症化リスク因子を有する避難者の対応」については、医療的ケア児では、まだ避難行動要支援者としての登録をしていない方が多くみられることが問題となっている。要支援者の名簿への登録が進まないと、その先の福祉避難所にも行けないということも多く、進めていくべきである。

中央防災会議 防災対策実行会議「令和元年台風第19号等を踏まえた高齢者等の避難に関するサブワーキンググループ」の最終取りまとめでは、避難行動要支援者名簿の作成や提供のあり方、個別計画の策定についてまとめられており、まずは「個別計画の策定」あるいは「避難行動要支援者名簿」に関しても「地域医師会としっかり連携して」ということが記載されている。

また、東日本大震災の際、平時に介護施設や福祉施設を利用中の人で「大声を出す」「所定の場所以外をウロウロする」などの理由で、避難所で嫌がられて、自宅に戻らざるをなかったケースが多数あった。8ページでは、「介護・福祉施設利用者は要援護者として別スペースを用意することが望ましい」となっているので、行政と連携して自治体ごとの要援護者スペースの人数等を推定して準備しておく作業が必要と考える。

【具体的な加筆等の提案】

- ・7ページの「B.在宅療養者や重症化リスク因子を有する避難者の対応」の4番目の・に、「・・・避難場所や避難先でのサポートについては、あらかじめ居住地行政への避難行動要支援者登録を行い、複数の選択肢を準備し・・・」と追記してはどうか。
- ・同箇所、感染対策に関する協力が難しい精神疾患、認知症等を有する方々を追加してはどうか。

5. 実際の避難所運営（8ページ～）

新型コロナウイルス感染症の検査のことについて、記載を入れてはどうか。

また、避難所の具体的な運営について、例えば、避難所で「シーツをどう扱うか」などの具体的な対応について、研修会でもよく質問がなされるので、Q&Aもしくは何らかの形で中に織り込めればと考える。宿泊療養や感染者の療養上の注意点としても資すると考えられる。

【具体的な加筆等の提案】

- ・9ページ「C 新型コロナウイルス感染が疑われる避難者の対応」に下記を追加してはどうか。
 - 疑い患者をどこで、どのように検査を行うか、医療班がその時の状況により判断する。
- ・避難所の具体的な運営について、感染症の専門家のご意見も踏まえつつ、第5回九州ブロック災害医療研修会「新型コロナウイルス感染症流行下における南海トラフ巨大地震に対する災害医療活動」を検討してはどうか。
(以下、同資料より)

- Q1 PCR 陽性者の部屋は業者に消毒依頼した方が良いですか？
A1 陽性者の部屋は、基本的に環境清拭でよいと思われる
- Q2 陽性者が使用していたリネンを消毒した方が良いですか？
A2 陽性者が利用していたリネンは消毒が必要可能であれば、捨てるという選択肢もある
- Q3 陽性者の布団、マットレスを破棄しようと思いますが、どのように破棄すればよいですか？
A3 陽性者の布団、マットレスは破棄する必要はない。
シーツのみ感染廃棄物として廃棄し、マットレスと布団は消毒液で拭き上げ、不安であれば72時間天日干し
- Q4 陽性者が出たフロアの食事の食器をディスポにしていますが、続けた方が良いですか？
A4 食器は必ずしもディスポにする必要はない
ただし、濃厚接触の入所者に対する配膳や食事介助は濃厚接触スタッフが対応スタッフの不安が強ければディスポの継続もよい
- Q5 濃厚接触者の食事介助時のPPEはどのようにしたら良いでしょうか？
A5 サージカルマスク、エプロン、手袋を装着する
フェイスシールドは、スタッフから不安の申し出があれば装着する分には構わない
- Q6 濃厚接触者でPCR陰性のスタッフは、RED ZONE 以外のフロアで業務を行っても良いでしょうか？
A6 健康観察期間が終了するまではRED ZONE のみの出入りにする
- Q7 RED ZONE にしか入所者の特別浴室がないのですが、どうしたら良いですか？
A7 濃厚接触者とそうでない者がすれ違わないようにタイムスケジュールを作成して利用すると良い
RED ZONE 以外の入所者が先に利用する
- Q8 スタッフの濃厚接触者が多く、複数のフロアにまたがっている。どのように対応すれば良いですか？
A8 濃厚接触者は休むのが基本
ただし、対象者が多く、休めない場合はしっかりと標準予防策を守って、手洗いすることが基本
(Q6 と Q8 は順番を入れ替えた方がよいと思われる)

報 告 書

救急災害医療対策委員会

新型コロナウイルス感染症患者の入院調整について

公益社団法人 日本医師会長
中 川 俊 男 殿

救急災害医療対策委員会
委員長 山口 芳裕

全国的な新型コロナウイルス感染症の感染急拡大により、医療提供体制の整備と拡充が喫緊の課題となっている。そのため、第3回救急災害医療対策委員会において、「新型コロナウイルス感染症患者の入院調整」について各都道府県の現状をご報告頂き、課題につき検討を行いましたので、下記のとおりご報告いたします。

記

【新型コロナウイルス感染症患者の入院調整について】

日時：令和3年5月12日 午後1時00分～午後3時00分
(第3回救急災害医療対策委員会において実施)

場所：日本医師会館506会議室(Web)

- 次第：1. 大阪の現状：鉦方安行委員(大阪府医師会理事)
2. 神奈川の現状：阿南英明先生(神奈川県理事(医療危機対策統括官))
3. 東京の現状：山口芳裕委員長・井上孝隆先生(東京都庁新型コロナ調整本部)
4. 質疑応答・意見交換

◆概要

新型コロナウイルス感染症(COVID-19、以下、新型コロナ)は、新たな変異株への置き換えなどが契機となり、全国的な流行と収束を繰り返し、令和2年10月に始まる第3波では主に関東圏、令和3年3月からの第4波では関西圏において、入院に至らない多数の有症状者を自宅で加療する事となった。また、2020年東京オリンピック・パ

オリンピック競技大会を控え、過去の流行を超える新型コロナ感染者数の増加が危惧され、医療提供体制の整備と拡充が喫緊の課題となった。

そのため、第3回救急災害医療対策委員会において、「新型コロナ感染症患者の入院調整」について各都道府県の現状をご報告頂き、課題につき検討を行った。

1. 大阪の現状

<発表者：鞆方安行委員(大阪府医師会理事)>

大阪府では、新型コロナの流行に先駆けて、令和2年3月9日に府内17施設の災害拠点病院が参加し、第1回災害拠点病院コロナ対策web会議を開催した。本会議において、新型コロナ患者の入院調整に必要な空床状況などの情報を、医療機関で共有する連絡体制が構築された。大阪府行政より、コロナ受け入れ重点病院の設置と確保病床数の目標値が全病院長に向けて示されたものの、結果として反応は鈍いものにとどまった。入院調整に必要な患者情報は、大阪府行政と連携し、「入院フォローアップセンター」を通して集約している。重症・中等症の患者が遅滞なく入院できるよう、広域的な調整をおこなっている。

会議内では、第1波から第4波にかけての入院状況や確保病床数の推移、その他臨時医療施設の設置について示された。

今後の課題として、夜間の入院対応が可能な医療機関の拡充や、大規模なコロナ専用中等症病床の確保が挙げられた。

2. 神奈川の現状

<発表者：阿南英明先生(神奈川県理事(医療危機対策統括官))>

神奈川県では、令和2年2月のダイヤモンドプリンセス号での経験を踏まえ、重点医療機関や協力病院を含めた診療体制、「神奈川モデル」が整備された。当初から、軽症・無症状者は入院せず、自宅療養を行う方針とした。政令市を除き、入院調整は主に県庁本部において、DMATのメンバーが中心となり実施している。新型コロナ患者の入院患者数や受入可能病床数は、各医療機関において全て閲覧できるよう、情報を可視化している。各医療機関における確保病床数(受入可能病床数)は、運用可能な「実数」を入力することを誓約し、新規陽性者数の増加を見越した早めの病床拡大をおこなった。マッチングシステムを開発し、下りの転院搬送を積極的に行うことで、病床運用の効率化に努めている。

医師会の先生方にもご協力いただき、1,800の施設において、発熱者の検査や診療を実施している。令和2年12月からは「入院優先度判断スコア」を導入し、検証を重ねてバージョンアップを行なっている。施設や療養病床におけるクラスター対策として、感染対策チームを運用し、感染対策の教育や相談業務を実施している。感染爆発期において、酸素需要のある、入院できない自宅待機者のための施設として、24床の「酸素センター」を開設した。その他、行政と医療機関との情報共有や意見交換の場を頻繁に設け、勉強会活動を実施している。

会議内では、第3波から第4波にかけての入院状況や確保病床数の推移を供覧し、病

床確保戦略における施策について説明がなされた。

3. 東京の現状

<発表者：山口芳裕委員長・井上孝隆先生(都庁新型コロナ調整本部)>

東京都では、症状や患者背景の聞き取り情報に基づき保健所が療養先を決定し、都庁内の各調整本部に患者情報が挙げられる。入院調整本部には東京 DMAT 隊員が連日出務し、入院先の選定を行なっている。各医療機関は「BC portal」システムに当日の受入可能病床数を入力し、調整本部で集計して当日の空床状況を把握している。軽症者や隔離目的の療養は、ホテルなどの宿泊施設で行うことを基本とし、宿泊調整本部が調整をおこなっている。宿泊療養施設では症状に応じて3段階のカテゴリー基準を設け、リモート診療の優先度を判断している。福祉施設や慢性期病院へのクラスター対策は、事前の感染対策講習会や事後の感染制御や状況評価など、東京 iCDC の感染対策チーム「TEIT」が行なっている。

会議内では入院調整画面が供覧され、第1波からの入院・宿泊調整数の推移や入院率について示された。

4. 質疑応答・意見交換

確保病床数と運用可能な実数とのギャップが生じる要因について議論がなされ、医療機関側の理由として、感染管理の問題から病棟単位での病床確保が必要となることなどが意見として出された。

その他、感染流行期における都道府県間の広域搬送や入院優先度判断スコアの運用方法につき、意見交換がなされた。

以上