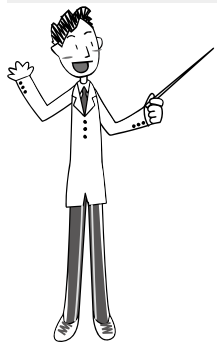


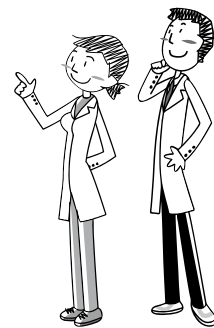
# 勤務医のつとめ

発行日 平成24年3月31日 **vol. 47**

福岡県医師会 勤務医部会  
福岡市博多区博多駅南2丁目9番30号



## 勤務医部会・病院委員会合同講演会 災害医療を考える ～もしも福岡で起こったら～



### 基調講演

## 東日本大震災におけるいわき市医師会の対応 ～ JMAT 活動を中心に～

福岡県医師会副会長 いわき市医師会会長 木田 光一



東日本大震災の人的被害状況は、青森、岩手、宮城、福島  
の東北4県で死者・行方不明者を含め2万人で、福島県では1,900  
名程度、いわき市では348名であった。

いわき市内の医療機関の被害は、29病院中4病院が津波によ  
る床上浸水の被害を受けた。診療所は225診療所中、津波被害が  
7カ所、地震損壊が3カ所である。老健施設は12施設中、1カ  
所が津波被害を受けた。震災翌日には、いわき市内に140カ所避  
難所が設置され、避難者は19,574名に上った。

いわき市医師会では、震災の翌日に災害対策本部を立ち上げ、  
基幹病院である磐城共立病院と意見や情報の交換をした。翌々  
日からは、共立病院といわき市医師会で地域を分担し避難所の  
巡回診療を開始した。この時点で電話・FAXは全く機能せず、  
継続して巡回チームを編成することは困難であった。しかし、  
東京都のDMATチームの方にも支援いただき急場を凌いだ。

原発事故以降、安定ヨウ素剤の投与も重要課題となった。14  
日に保健所長と医師会の役員が安定ヨウ素剤を配布する方針を  
決め、市の対策本部に進言したが、すぐには受け入れられなかつ  
た。しかし、翌日、市は方針を変更し安定ヨウ素剤を各戸配布  
したが、服用については最後まで国の指示待ちで現場の判断で  
指示が出せなかったことは残念であり、今後に大きな課題を残  
した。

JMATを派遣いただくにあたり、いわき市医師会では、WEB  
上にJMAT支援カレンダーを作り、チームの支援予定を示し、  
調整を行った。JMAT活動中はミーティングを行い避難所チェッ  
クリストに基づいて健康状態などの報告を行った。同時に保健  
所の保健師と市の担当者にも参加いただき、行政サイドにも改  
善に努めてもらった。また、いわき市内の測定放射線量の推移  
の報告も行った。大変助かった点は、保健師が毎日避難所の状  
況の申し送り文書を更新してくれ、チームの明日の派遣先や注  
意点などを記入してくれたことである。

避難所の回診では診療記録リストを活用し、患者さんの名前、  
病歴、主訴、処方を書き入れた。JMAT間の引き継ぎのため避難  
所単位で患者さんのホルダーをつくり次のチームに渡すという  
ことも行われた。今後は電子カルテの導入も必要と考えている。

いわき市とは防災協定を結んでいたにもかかわらず、大災害  
を想定しておらずうまく活用されなかったことは今後の課題と  
なった。また、今回は市の災害対策本部にその都度伺い相談す  
るという形であったため、必要に応じた医師会の災害本部への  
参加が必要と考えた。早速、昨年11月に市長に陳情し、行政  
が必要と認めた状況では災害対策本部に参加をするということ  
となった。

また、薬剤の備蓄について、品目や数量、負担の責任の所在  
は県なのか市なのかなど、平時から協議しておく必要がある。  
さらに、非常時でも稼働する通信網の確立、携帯電話やSNS  
による会員の連絡網の再構築、平時も含めたいわき市医師会の  
救急医療体制の整備も重要である。



ともに語ろう、ともに考えよう、ともに行動しよう

シンポジウム ― 「災害医療を考える～もしも福岡で起こったら～」

JMAT 活動・DMAT 活動

福岡県医師会常任理事 大木 實



災害時の救助活動は、概略、その発災規模と災害の内容により対処されるべきである。

また、災害の時間経過と共に救助活動の内容は変化していくことになる。周知のとおり超急性期から急性期はDMATの活動がなされ、その後は今回の東日本大震災で経験したとおり、JMATが引き続き慢性期の活動を担当し、現地の医療機関の復興とともに撤収するという形が理想ではないだろうか。

局地的な早期医療支援の原則は、当然のことながら現地の医療機関とともに積極的に活動をし被災地の人々、現地の資源に迷惑をかけないという「自己完結型」であらねばならない。しかし、災害の規模が大きいくほど、平時の通常医療の「地域完結型医療」は破綻することになる。今回の震災では、診療が一時途絶する事態が各所で発生している。従って、災害時には他県から救助に来る人たちの受け入れについても対策を講じなければならない。

日本医師会では3月11日の津波の第1波が来た後、すぐ災害本部を設置し対策を立てた。その対策の1つとしてJMATという医師1名、看護師2名、事務職員1名を原則としたチームの立ち上げが全国の医師会に呼び掛けられた。私たち福岡県からもJMATチームが活動することになり、多数の勤務医会の先生方が参加された。災害時の活動手順については、先年発行した

『福岡県医師会災害医療プログラム』に則して行うことが福岡県医師会の統一基準である。3月20日から5月31日まで32チーム179名が福岡県JMATとして活動したが、この経験を通じて、災害慢性期の医療活動には共通したフォームや薬品の確保、派遣先での指揮系統、統率するリーダー、現地の行政等との調整役の必要性があること等々を教訓として学ぶことができた。

他方、福岡県DMATは救急医療に関し一定の教育を受けた医師1名、看護師2～3名、調整役1名の4名での構成員で県下の災害拠点病院を中心として編成されたチームである。上述の通り災害急性期はいわば救急専門のDMATが担当し、災害の状況、被災者・避難者の数等を分析し、消防との調整を取りながらJMATが活動を引き継ぐことになる。

DMAT活動、JMAT活動を通じ最も重要な事項の1つは、災害局地や避難所、あるいは医療施設において、適切なトリアージがなされ傷病者が遅滞なく適切な医療がなされることである。その為には、災害発災時に設置される対策本部に救助活動の専門家が速やかに医療コーディネーターとして参加し、関係機関と連絡・調整しつつ救助活動の指揮をとる必要性がある。今後、行政当局にこのような体制の構築を働きかけたい。

福岡県医師会ではDMAT関係者や会員諸兄とともに、今後とも救急医療の勉強会を重ねていくこととしている。

ドクターヘリを最大限活用するために

久留米大学医学部 救急医学講座 准教授 山下 典雄



災害では圧倒的に需要が供給を上回るため、使用できるものは最大限活用して対応する必要に迫られる。現在、ドクターヘリの運航されている地域は急速に増加しており、九州ブロックでも佐賀県を除き全ての県に導入される状況となった。ドクターヘリの目的は救急医療の病院前での展開であるが、災害においても活用できることは、東日本大震災においても証明された。そこで、もし福岡で甚大な災害が発生した場合、どうすればドクターヘリを最大限活用できるか考察した。

まず、規模はどうであれ発災後、医療チームとしては最も迅速に現場へ到着できるドクターヘリが、DMATを現場あるいはDMAT活動拠点本部や県庁内調整本部に投入できれば災害医療システムの立上に大きく寄与しうる。また、DMATとしての医師の目から見た被災状況を災害医療の展開に必要な情報(Intelligence)として発信することが可能である。情報の混乱が必発の発災直後に、信頼できる情報は組織的な活動に非常に

有益と考えられる。緊急度・重症度の高い傷病者の治療・搬送(本来任務)の重要性は言うまでもない。また、福岡市を中心に半径300km圏内(飛行時間で1.5時間)には、近い将来約10機のドクターヘリが存在し、これらのドクターヘリが応援に飛来することが予想される。被災地となった福岡上空には報道ヘリや警察・消防・自衛隊・海上保安庁などのヘリが常時飛び回っている状態となる。この様な状態の中で、ドクターヘリを十分に活用するには、指揮命令系統の明確化、方針に沿って個々が臨機応変な活動を可能とする情報の共有化、および各機関との連携(横の繋がり)が重要となる。ヘリポート使用や燃料補給の優先順位についても調整しておかねばならない。また、上記ドクターヘリの活動を可能とするための法整備など課題は多々あるが、近い将来起こるであろう大災害に対して少しでも有益な準備をしておきたいところである。



# 福岡県西方沖地震における救急活動と課題

福岡市消防局 警防部 救急課課長 星川 英一



平成17年3月に発生した「福岡県西方沖地震」は、福岡市民にとって正に青天の霹靂の出来事であり、福岡市消防局にとっても、初めて経験する大地震であった。当然、その時に備えての計画や対策はあったものの、対応は必ずしも納得のいくものではなかった。

ここでは、当時の消防・救急活動の実態と、そこから浮かび上がった課題から、今後の「もしも…」の際における医療と消防の連携の重要性を再確認していただければ幸いである。

## 1 初動時の状況

地震発生直後から119番通報が殺到し、全救急隊が約2時間に渡って出動し続けた。

この時、各救急隊が使用する携帯電話は、災害時優先電話でありながら、地震に伴う障害により通信不能状態となり、搬送依頼の電話ができずに飛び込み搬送をせざるを得なかった。

また、天神地区の百貨店において約40名の負傷者が発生したが、わずかな救急隊しか投入できなかった。

## 2 課題と解決策

### (1)活動計画と訓練の脆弱性

地域防災計画や消防局独自の地震対策はあったものの、実態にそぐわない面が多かったことから、現実には即した計画へ見直すとともに、抜き打ちの訓練など実効性のある訓練等を実施することとした。

### (2)通信連絡体制の脆弱性

日常的に県医療情報ネットワークを閲覧して空床情報等を把握するとともに、通信インフラのダウンに備え、災害拠点病院に防災行政無線を配置した。

### (3)関係機関相互との協働の脆弱性

大規模災害発生時における対応について、災害拠点病院や行政関係機関との調整が不十分であったが、現在では、DMAT体制が確立され、合同訓練等が実施されている。

## 3 医療と消防の連携

大規模災害が発生した場合における医療と消防の連携の重要性は、先に発生した東日本大震災においても明らかであるとともに、新たな課題も浮かび上がっている。

私たちは、これまでの出来事を忘れることなく、「災害は必ずやってくる…」へ、発想を転換すべきであろう。

# 人的大規模災害時の対応— JR 福知山線脱線事故からの教訓—

福岡大学医学部 救命救急医学講座 教授 石倉 宏恭



近年、我が国は東日本大震災と阪神淡路大震災の2つの大地震を経験し、自然災害に対する対策は国家規模で整備されています。その一方で、人的災害に関しての対策は十分整備されているのでしょうか。万一、福岡県内で人的大規模災害が起こった際に大きな混乱は生じないでしょうか。

今回は2005年に発生した『JR福知山線脱線事故』（以下、『福知山線事故』）を振り返り、その教訓から人的災害に対する対応を再度検証してみます。

まず、人的災害が自然災害と大きく異なる点はその発災現場が局地的であるという事が挙げられます。このため、何より迅速かつ正確な現場状況の把握と、これに対する医療側の的確な対応が犠牲者をひとりでも減らすために不可欠です。ところが、『福知山線事故』の場合、状況判断の遅れから医師が現場に到着するまでに40分を要し、また病院側の患者受け入れ情報入力も事故発生後から1時間で僅かに30%という状況でした。

対策本部の設営も人的災害であるが故に法律上の問題から手間取り、指揮命令系統の整備や情報収集にも時間を要しました。このため、救護テントも事故車掌を挟んだ線路の両側に設営されてしまい、当初両サイドの連絡がうまく行かず、傷病者の情報共有が出来ませんでした。現場に駆け付けた医療チームもうまく連携が取れず、効率の良いTriageに支障をきたしました。このため、傷病者が近隣の2次医療圏の病院に多く搬送され、対応に苦慮したようです。連携に関しては医師、行政、消防、警察などの各組織の横断的な連携も上手くとれませんでした。

一方で、『瓦礫の下での医療』の実践により、長時間車内に閉じ込められた傷病者の救命が達成できました。

以上、今回は人的震災発生時に医療従事者がどう行動すべきかを福岡県DMATや福岡県医師会JMATなどの被災者救援体制がとるべき姿を交えて提言させていただきます。

## 福岡県医師会から ● 災害時「福岡医療情報ネット」の有効利用にむけて

災害医療の講演会を通じて、連携と情報（収集、伝達手段など）の重要性を痛感させられました。行政、消防との連携が必須ですが、現在、市町村や県の災害対策本部のメンバーに医師会が含まれていないのは問題と指摘され、この点改善を求めると松田福岡県医師会長も言明されました。また、災害現地での救護チームの連携における、コーディネーターとしての医師会の重要性も再認識させられました。

一方、医療を提供する側からの情報発信としては「福岡医療情報ネット」の有効活用が望まれます。そのためには、最新で確実な情報が必要です。信頼度の高い情報源として認知されるためにも、災害拠点病院をはじめ各病院、1日2回の入力更新を遂行していただきますようお願いいたします。

（担当理事：佐藤 薫）

診療所から  
病院の先生へ

## 開業してわかったこと、思うこと。

とどろきクリニック 院長 轟木 元友



北九州八幡の地に開業して15年目となります。地域的に基幹病院が多く、病診連携も今や成熟しつつあり、当方としては患者さんの紹介の面で非常に助かっています。改めて勤務医の先生方および連携室の皆様方に心より御礼を申し上げます。

勤務医時代にいつも思っていたことです。なぜ開業医は週末に患者を紹介してくるのだろうか？患者さん自身またはその家族が仕事を休みたくないで受診が遅れ、週末まで待った挙句ひどくなってようやく受診するが、すでに開業医でのフォローは難しくなっていることが意外と多いようです。

勤務医の先生にフォローされている患者さんのお話を伺うと(確かに勤務医時代には患者さんと悠長にお話する閑もなかったような気もしますが)「新しく薬を出されて6ヶ月たつんやが、あたしにゃ合わんけん飲んどらんのじゃが、それいうたら怒られるかもしれんけん言いきらん。どげんしたらええじゃろか？」。このての患者さんも数人います。

私も、勤務医時代には以上のような患者さんの心理を憶測・理解するような余裕は

なかったように思います。

開業すると勤務医の場合と異なり、すぐ傍に気軽に相談できるドクターはいません。できるだけ自分で診断・治療を行いたいとは思いますが、間違うことが何より心配です。従って、ともすると基幹病院に紹介するの必要のない患者さんまで(できるだけ週はじめに?)送ってしまうことも多いようです。ご迷惑でしょうが、どうぞお察し下さい。

基幹病院それぞれの連携室にも特徴があり、開業医が相談しやすい連携室というものには勤務医にとってはある意味“うざい存在”であるかもしれません。私が今も勤務医だったら、たぶん、思わず連携室の職員さんに“しえからしいわいっ”と言ってしまいそうな…。ほんと連携室のドクターを含めての皆様大変お疲れ様です。

ふたつほど苦言をお許し下さい。まず7年ほど前、急性胆のう炎の患者さんの希望で、勤務医の先生との面識もほとんどない比較的遠方の基幹病院へ紹介したときのことです。腹腔鏡下胆のう摘出術が行われ、術後5日目に退院されたのですが、患者さ

んの家族は“あぶないところだった”と説明されたと言ってどなりこんで来られ、とても不快な思いをしました。説明したのは若いドクターだったようですが、言葉の使い方には注意して頂きたいと思います。また、紹介した患者さんが入院になった場合、診療報酬の関係で入院期間が限定されるためと思われますが、手っ取り早く患者さんの症状をとろうとするあまり？入院するたびに薬がどんどん増えていく現象も困ります。その後どうやって減らそうかと悩みの種になります。

虎の威をなくした(?)生意気な一介の開業医が、なんかとっても偉そうなことばかり書いており誠に申し訳ございません。有り難いことに少なくとも私が勤務医だったころに比べ、病診連携推進方針の影響で勤務医と開業医の溝がどんどん少なくなっているように感じます。以上、勤務医、開業医を両方経験した今だから解ることもあり、そのあたりを思いつくまま文章にしてみました。病院の先生方、今後ともどうぞよろしくお願い申し上げます。

大学医局  
の動向

## 医局と学部講座(教室)の混同

久留米大学医学部 救急医学講座 教授 坂本 照夫



久留米大学病院での医局は昔ながらの医学部講座がそのままのかたちで医局と称して運営されている。

我々の学生時代の内科や外科の医局の呼び方は、医学部講座主任教授の名前がそのまま付いた医局やナンバーの付いた第一内科や第一外科学講座というような内科・外科が有り、附属病院の診療部門ではその講座のままの名前の病棟や外来で診療が行われていた。今こそこの教授の名前の付いた呼び方は無いが、外科では未だに旧第一外科、旧第二外科などという呼び方をすることもある。しかし、現在の診療体制が臓器別や病態別の診療部門となり、内科や外科などそれぞれの専門医たちが専門の部署でチーム医療を行うようになり、外来診療では消化器病、循環器病、呼吸器病センター、肝臓センターなど、また病棟では総合周産期母子医療センター、集学治療センター、腎センター、高度救命救急センターなど、それぞれに必要な専門医によりチーム医療が行われている。しかし、そこには医局と称するものがほとんどなく、唯一存在するのが救命救急センターのみである。この救命救急センターは、消化器内科、心・血管内科、腎臓内科、小児科、外科学(旧第一、旧第二)、整形外科、脳神経外科、救急医学講座などの医学部の各講座から派遣された専門医により連携のとれたチーム医療を行っている部局である。ところが、その他の中央化された各診療部門(センター)には医局は無く、以前のままの講座を医局と称して運営しているためになんとなく診療部門において混乱を招いているところもみられる様である。

今後はこのような連携のとれたチーム医療により、特定機能病院としての診療がスムーズに行えるように、病院の診療部門(医局)と医学部講座(教室)のすみ分けも必要になってくるものと思われる。

若手勤務医からの  
メッセージ

## 連携あつての良い医療

済生会飯塚嘉穂病院 呼吸器科 大庭ひろみ



卒後4年目にあたる2年前、出身地である飯塚市に帰ってきました。昨年度は飯塚病院、今年度は済生会飯塚嘉穂病院で呼吸器科医としてお世話になっています。生まれ育った環境で思っていた以上に居心地良く過ごすことができました。見知らぬ地域と違い、患者さんの住所をみて場所の検討が付きまじ、開業医の先生方の病院も他の地域よりは知っています。患者さんに聞かれたときに答えやすく紹介もしやすい点はとても良かったです。このような環境で働く中で、開業医・中規模病院・救急病院、それぞれの役割や在り方について、これまで以上に考えるようになりました。連携なくして医療は成り立たず、連携できているからこそ患者さんの選択肢が広がりより良い医療を提供できるのだと感じました。

さらに地域連携だけではなく、院内スタッフ間の連携の大切さも年々身にしみています。患者さんとより密接に関わってくれる看護師、患者さんの背景に寄り添いトータルコーディネートを考えてくれるソーシャルワーカー、ADL向上に携わってくれるPT/OT/ST、様々な職種の方に患者さんは見守られています。医師になりたてのときはコメディカルの方との連携をうまくとれないこともあり多々迷惑をかけてきた気がします。情報共有することで、仕事の効率は格段にアップすることが分かってきました。自分一人ですべての容量は限られていて、今の仕事をこなせているのは周囲の支えがあってこそです。

毎年病院を変えると、最初はなかなか効率アップできませんが、より早く馴染めるよう人見知り克服が大きな目標です。次の4月からは久しぶりに地元を離れます。緊張の日々が始まりますが良い刺激を受けながら励んでいこうと思います。すべては患者さんのために、スタッフ間、近隣施設との医療連携を大切にしていきたいと思っています。