

厚生労働行政推進調査事業費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
分担研究報告書

分担研究報告書
「国際災害医療チームの受援に関する研究」

研究分担者 久保達彦（広島大学大学院医学研究科公衆衛生学 教授）

研究要旨

添付の厚生労働科学研究報告書の研究要旨を、である調で以下に記述する。

本研究は、南海トラフ地震等の大規模災害に備え、**国際医療チームの我が国への受け入れに関する課題を明らかにし、平時からの体制整備および標準業務手順（SOP）の策定につなげることを目的とした研究**である。特に、**令和6年度に静岡県で実施された日米豪台の合同訓練を通じて、国際医療チームの受け入れに必要な調整事項を実際に検証し、受援対応に係る国内オペレーションの現状と課題を把握すること**を重視した。この訓練は、既存のUS-DMAT/EMT受援SOP案の妥当性の確認と運用上の改善点の抽出にも資するものであった。

研究方法としては、国土強靱化計画等の国内関連計画や、WHO等が定める災害医療・国際受援に係る国際標準等に関する調査を行った。さらに、米国保健福祉省US-DMAT等と共同で、先行研究で開発されたUS-DMAT/EMT国際受援SOP案を継続的にブラッシュアップする国際連携研究を実施し、WHO EMT Minimum Standardの枠組みにおけるDMATの知見の国際発信も検討・推進した。国際医療受援の経験に富むASEAN諸国を対象としたARCHプロジェクト等とも知見を共有し、深化を図った。

研究成果として、机上演習、実働訓練、AARを通じて、**医薬品・医療資機材の持ち込み制限やライセンス等の制度的課題、医療的知見を有するリエゾンの必要性、言語・意思決定・倫理・法制度に関する課題、情報共有の非互換性、住民・医療関係者の心理的受容性**など、**制度・運用・文化・コミュニケーションにわたる多層的な課題が明らかとなった。**

結論として、我が国における**国際医療支援の受け入れには、制度的整合、現場運用の標準化、関係者間の認識共有、社会的受容性の醸成といった多層的な対応が求められることが確認された。**今後は、平時からの準備と調整を通じて、より**実践的で持続可能な受援体制を構築する必要がある。**訓練の成果と課題は、受援体制の整備のみならず、国際的な災害医療連携の強化に向けた基盤形成にも資するものであった。

研究協力者：

- 豊國義樹(国立病院機構本部 DMAT 事務局)
- 小谷聡司(国立病院機構本部 DMAT 事務局)
- 若井聡智(国立病院機構本部 DMAT 事務局)
- 千島佳也子(国立病院機構本部 DMAT 事務局)
- 増留 流輝(国立病院機構本部 DMAT 事務局)
- 田治明宏(広島大学公衆衛生学)
- 尾川華子(広島大学公衆衛生学)

A. 研究目的

本研究は、南海トラフ地震等の大規模災害に備え、**国際医療チームの我が国への受け入れに関する課題を明らかにし、平時からの体制整備および標準業務手順の策定につなげることを目的とする。**特に、令和6年度に静岡県で実施された日米豪台の合同訓練を通じて、**国際医療チームの受け入れに必要な調整事項を実際に検証し、受援対応に係る国内オペレーションの現状と課題を把握すること**を目的とした。また、本訓練は、過去に新型コロナウイルス感染症流行により延期となっていた日米DMAT間の実働訓練の再開として実施されたものであり、既存のUS-DMAT/EMT受援標準業務手順書(SOP)案の妥当性の確認と運用上の改善点の抽出にも資するものである。

B. 研究方法

令和6年2月に静岡県で開催された「DMATおよび国際医療チーム合同訓練」を中核とし、以下の手法により実証的な検証を行った。

- **訓練の想定：**
駿河湾沖を震源とする M8.0 の地震が発生し、大規模被害が生じたという想定の下、台湾、オーストラリア、米国の国際医療チームを日本に受け入れ、静岡県の基幹災害拠点病院および SCU 設営拠点において活動展開を行う形式で実施された。
- **訓練の形態・日程**
 - 2025年2月24日：机上演習
 - 2025年2月26日・27日：実働訓練
 - 2025年2月28日：After Action Review (AAR)
- **受援体制の一連の流れを模擬：**
国際医療チームの日本入国、通関、医薬品の取り扱い、搬送手段の確保、通訳体制、現地受け入れ、医療活動の調整、患者対応、活動終了後の情報共有等、実災害発生時のプロセスを想定した訓練を実施。
- **多国間連携の中での SOP 案の評価：**
過去に日米共同で設置したワーキンググループで策定された国際受援標準業務手順書(案)について

て、実際の活動と照らし合わせて評価を行い、具体的な改善提案を得た。

● 情報収集・評価:

訓練中は関係機関(静岡県、ASPR など)との意見交換、参加チームからの聞き取り、現場観察、文書・記録収集、などを通じて多角的に情報を収集し、評価者(国内外の有識者)によるフィードバックを得た。

(倫理面への配慮)

本研究において個人情報には取り扱わない。

C. 研究成果

I. 机上演習:

1. 演習の概要

令和6年2月24日に東京都内で開催された「令和5年度DMAT および国際医療チーム合同訓練(机上演習)」において、日・米・豪・台の医療関係機関を交えた国際的な受援対応の想定に基づく机上演習(Table Top Exercise: TTX)が実施された。本演習では、想定される大規模災害において、日本政府が国際医療チームの支援を受け入れる状況を前提に、各国チームが日本DMATや地方自治体との調整・協働を円滑に実施するための行動計画を検討した。計約100名が参加した。机上演習は、主要なテーマごとにグループディスカッションが実施され、各国参加者から活発な意見交換が行われた。

2. 参加機関・団体(見学も含む):

① 国内:

- 厚生労働省
- 静岡県
- 広島大学
- 日本体育大学
- JICA ARCH Project
- NGO HuMA
- NGO TMAT
- NGO ピースウィンズ・ジャパン (ARROWS)
- 日本DMAT事務局

② 海外:

- アメリカ合衆国 (USA)
 - US HHS/ASPR
 - US Forces Japan
- オーストラリア (Australia)
 - National Critical Care and Trauma Response Centre (NCCTRC)
 - AUSMAT
- 台湾 (Taiwan)
 - Department of Medicine, Ministry of Health and Welfare
 - Taiwan National DMAT
- JICA ARCH Project
 - Indonesia, Malaysia, Thailand

3. 演習結果

① 医薬品・医療資機材の持ち込みと法的制限

- 各国チームからは、自国製の医薬品や麻酔ガス

等の使用が、法的・手続的制約により困難である可能性について懸念が表明された。特に、日本国内で医師免許を有しない者による医行為の制限、処方薬の持ち込み制限、医薬品登録制度等について、より柔軟な制度設計や事前協議体制の整備が必要との意見があった。

② ライセンス・認証等の制度的障壁

- 国際医療チームの医療従事者が日本国内で活動するための制度(例:暫定的な活動許可、専門職ライセンスの一時認定等)について、日本国内では非常時においても正式な活動認可制度が存在しないことが共有された。一方で、日米共同演習などの経験を踏まえ、事前に医療活動範囲を限定し、行政側がその行為を「医療活動」として位置づける運用上の合意形成の可能性について議論が行われた。尚、2011年3月18日、厚生労働省は東日本大震災に際し、外国医療チームによる日本人以外への限定的な医療行為を容認する旨の通知(医政発0318第4号)を発出し、医師法等の例外的取扱いを示している。

③ 受援調整体制とリエゾン機能

- 日本政府は、国際医療チームの来日に際し、外務省リエゾンのみを配置する方針であったが、保健医療分野での専門的調整(例:活動現場の割り振り、資源の調整、日本側チームとの役割分担等)には、医療的知見を有するリエゾンの必要性が参加者間で広く認識された。今後は、国際緊急援助隊(Japan Disaster Relief: JDR)やDMAT経験者等をリエゾン候補として育成し、システムとして確立することが求められる。

④ 移動・輸送に係る課題(空港受入、通関、高速道路通行)

- チャーター便等で搬送される国際医療チームの医療機材やコールドチェーン下の医薬品について、通関処理、保税地域での保管、空港での一時的な搬出入手続きの煩雑さが議論された。在日米軍基地(空港など)の利用についても議論された。また、大規模災害時には高速道路が封鎖されることも想定されるため、特例的な通行許可の事前取得や、災害対策本部による通行調整に関する実務的な手順を明確化する必要性が確認された。

⑤ 情報共有・報告様式の標準化

- 活動開始後の診療データや活動内容の報告について、日本国内で用いられるJ-SPEEDとWHOのMinimum Data Set(MDS)との相互互換性が論点となった。オーストラリアチーム等からは、MDSをもとに自国の電子記録システムに実装している事例も紹介され、報告様式の事前調整とデータの相互利用の促進が提案された。

⑥ 翻訳・通訳支援体制

- 日本側が通訳支援体制を十分に準備していないことが共有され、各国チームが独自に通訳者を同行させることの必要性が強調された。とくに医療通訳に精通した人材の確保と平時からのネットワーク形成の必要性が挙げられた。

⑦ その他

- 災害拠点病院や医療調整本部との連携において、活動開始時における施設への挨拶、担当者との関係構築、患者搬送ルートの確認等が重要であることが共有された。また、日本側チーム (DMAT 等) との混成運用の可能性についても前向きな意見が寄せられた。



図 1: 机上演習の様子



図 2: 机上演習参加者の様子

II. 実働訓練:

1. 訓練の概要

訓練は 2025 年 2 月、DMAT 事務局の主催、静岡県の協力のもと実施され、台湾 DMAT、AUSMAT: Australian Medical Assistance Teams (豪州)、米国 HHS ASPR をはじめ、JICA、TMAT、HuMA など多様な国内外機関が参加した。演習は実働型と図上訓練を組み合わせ、8 つのフェーズ (出国、到着、設営、ロジ、医療活動、記録、突発事象対応、撤収) から構成された。実働訓練は 2 日間にわたり、静岡空港を会場として実施された。訓練の実施に際しては、静岡県庁および静岡 DMAT の全面的な協力により、施設提供、運営支援、調整業務など、極めて実践的かつ高密度な訓練環境が整備された。

訓練初日には、台湾 DMAT が国際医療チームとして、WHO による国際医療チームの Classification による EMT Type 1 Fixed の体制で静岡空港に展開し、Staging Care Unit (SCU) の設営と運用を実施する想定で行った。この際、静岡 DMAT は SCU の現場運営に加え、SCU 本部としての機能を担い、日本側の支援チームとしてロジスティクスや情報統制の中核を果たした。SCU 運用中は、日本と台湾の医療者が協働しながら診療プロセスを進め、言語の壁や診療基準の違いを乗り越えた実地調整が図られた。

訓練 2 日目には、AUSMAT が、WHO による国際医療チームの Classification による EMT Type 2 の体制で静岡県立総合病院敷地内に展開し、より高度な医療提供体

制を構築する想定で行った。AUSMAT は外来・入院処置・手術対応が可能な拠点の展開を想定し、患者受け入れから診療、記録、搬送計画まで一連の実働訓練を行った。これに対し、静岡 DMAT は同病院の災害対策本部機能を担い、院内 DMAT としての役割を果たした。また、訓練を通して、静岡 DMAT および各国チーム間で「病院の評価」や「侵襲的処置の適応基準」などについてのディスカッションが活発に行われた。特に、入院・手術を行う施設において、どのような設備と人材体制が求められるか、また、日本における病院支援・避難の枠組みと国際医療チームの運用基準との整合性について意見交換がなされた。これにより、国際基準と日本の実務運用の橋渡しとなる知見が得られ、今後の受援体制の整備において重要な検討材料が提供された。

さらに、本訓練のリアリティを高めた要素として、模擬患者役には日本体育大学の学生が多数協力し、実際の患者さながらの行動・症状再現を通じて訓練参加者に現場さながらの緊張感をもたらした。彼らの協力により、患者対応時の言語・文化・精神的サポートの重要性や、トリアージおよび患者搬送の判断に対する実践的な検討が深められた。

2 日間にわたるこの訓練は、空港での即応型 SCU 展開から地域基幹病院における高度医療提供まで、国際医療チームを受け入れる全体の流れを実際に再現しながら、実運用上の課題と解決策を具体的に検証する極めて有意義な機会となった。

2. 参加機関・団体 (見学も含む):

A. 国内:

- 静岡県
- 静岡県立総合病院
- 日本体育大学
- 浜松医科大学附属病院
- 磐田市立総合病院
- 伊東市民病院
- NGO TMAT
- NGO HuMA
- NGO Peace Winds Japan
- JICA JDR 事務局
- JICA ARCH Project
- りんくうメディカルセンター
- 兵庫県立西宮病院
- 日本 DMAT 事務局

B. 海外:

- アメリカ合衆国 (USA)
 - US HHS/ASPR
 - US Forces Japan
- オーストラリア (Australia)
 - National Critical Care and Trauma Response Centre (NCCTRC)
 - AUSMAT
- 台湾 (Taiwan)
 - Department of Medicine, Ministry of Health and Welfare
 - Taiwan National DMAT
- JICA ARCH Project
 - Indonesia, Malaysia, Thailand

3. 模擬患者とケーススタディによる訓練設計

本訓練では、国際医療チームの受援に際して現実に行きうる倫理的・文化的・制度的課題を可視化することを目的に、12 の詳細な模擬患者シナリオ(PT1~PT12)を用意した。これらの症例は、各国の医療文化や制度の違いを意識したうえで、意図的に“いまだ解決策のない”複雑なテーマを含むよう設計した。結果として、参加者に対して高度な判断力と国際的な視点を求めるものとなった。まず、言語障壁と意思決定の面では、母国語が英語であるが重症のため会話の出来ない旅行者(PT1)への対応において、病状説明や基礎疾患の聴取、緊急時のインフォームド・コンセント取得が極めて困難であることが明らかとなった。これにより、通訳支援体制の整備や、簡易な英語マニュアルの整備など、平時からの準備体制強化の必要性が強く認識された。また、文化的背景および法制度の違いへの対応についても重要な課題が明らかになった。たとえば、台湾からの旅行者が心肺停止状態で救出されたケース(PT2)では、蘇生の継続可否をめぐる医療倫理観の違いが浮き彫りとなったほか、その子ども(PT3)の心理的支援や、一時保護、さらには遺体搬送に関する文化的・法的調整も複雑であり、国際的な調整手順の標準化が求められた。さらに、医療資源の配分とトリアージに関する課題も重要な論点となった。特に透析患者(PT4)や高齢要介護者(PT7)に対しては、限られた資源下における治療の優先順位をどのように判断するか、搬送か現場対応か、延命治療か緩和ケアかといった多層的な判断が必要とされ、災害時における明確なトリアージ・ガイドラインの整備が喫緊の課題として示された。分娩および産後ケアに関する国際的基準の違いもまた、対応の難しさを浮き彫りにした。妊娠 36 週のオーストラリア人女性(PT5)の緊急分娩においては、分娩方法の希望、無痛分娩の可否、産後の育児方針などにおいて、日本と海外の文化的・医療的アプローチの相違が顕著となり、今後の訓練や体制整備において国際的助産基準の共有が不可欠であることが確認された。宗教的信念と医療倫理の衝突についても、現場での重大な判断を迫る場面が想定された。輸血を宗教上の理由で拒否するオーストラリア人患者(PT6)に対しては、医療者としての救命義務と患者・家族の信条との間で深い倫理的ジレンマが生じた。意識障害下での意思確認の限界、同意の法的効力、ならびに訴訟リスクを含めた対応指針の整備が必要とされた。精神疾患を持つ避難者の災害時対応では、韓国人女性避難者(PT8)が避難所内でパニック発作を呈した症例を通じて、精神科診断の困難さ、言語の壁、そして避難所の物理的・人的受け入れ体制の限界が浮き彫りとなった。精神科専門家による多言語支援の体制整備、ならびに搬送基準の明確化と早期介入の必要性が提起された。

特筆すべきは、単なる医療技術の確認や意思疎通の演習にとどまらず、患者の権利、医療倫理、文化的慣習、宗教的信条、未成年や高齢者の保護、精神的支援といった「医療を超えた判断」が求められたことである。訓練参加者からは、こうした複雑な状況下での国際的な意思決定プロセスを体験できたことへの高い評価とともに、今後の国際受援体制整備において、ガイドラインの整備や

法制度の確認、文化理解に基づく協働体制の構築が不可欠であるとの意見が多数寄せられた。

これらの模擬患者シナリオは、事前に詳細に設計されたうえで、訓練当日に各国チームへ配布・提示され、その場で即時に議論・対応を求める構成とした。事後には、各症例に関するフィードバックと評価をオンラインで提出するためのフォーム(QR コード付き)も提供し、訓練全体の学びを整理・記録する仕組みも整えた。このような高密度かつ多面的な症例ベースの訓練アプローチは、受援体制の実効性を高めるだけでなく、災害医療における「文化的・倫理的インテリジェンス(CEI)」の涵養にも資するものであり、今後の国際合同訓練においても有効な手法として位置づけられる。

4. ケーススタディー一覧と症例概要(全 12 例)

【PT1】言語障壁と意思決定: 英語話者旅行者の重症外傷

アメリカ国籍の旅行者が建物崩壊により重度の外傷を負い、言語の壁と家族不在により治療方針の同意取得が困難な状況を設定。通訳体制の不備と国際的な医療倫理の相違が議論の中心となった。

【PT2】蘇生の適応をめぐる文化的判断: 台湾人 CPA 患者

台湾人男性が心肺停止状態で搬送されるが、家族不在かつ言語障壁がある中、蘇生継続の可否を日本・台湾の医療チーム間で検討。死亡確認と文化的配慮のバランスが問われた。

【PT3】外国人未成年の孤立: 父を亡くした台湾人男児の心理支援と法的保護

PT2 の息子である 10 歳の男児。軽傷ながら強い精神的ショックを呈し、母親は台湾に残存。児童福祉・心理ケア・国際的な一時保護体制のあり方が議論された。

【PT4】災害下の透析中断: 慢性腎不全患者への対応と搬送判断

日本人の慢性腎不全患者が、震災で透析を受けられず急性悪化。医療資源の限られた中での治療優先順位、搬送判断、代替治療の限界が国際チームで検討された。

【PT5】助産ケアの国際的相違: オーストラリア人妊婦の緊急分娩

破水後に分娩が進行したオーストラリア人妊婦に対して、分娩場所の選定、無痛分娩の可否、産後ケアの文化的違いなどが課題に。助産師と産科医の役割分担も論点となった。

【PT6】宗教的輸血拒否と医療倫理: エホバの証人の出血性ショック患者

大腿動脈損傷による出血性ショック患者が宗教的理由で輸血を拒否。代替治療の選択肢、意思確認の可否、医療チームの責任範囲など、緊急医療における倫理判断が問われた。

【PT7】延命治療の限界: 高齢要介護者に対する治療判断

認知症・寝たきりの 92 歳高齢女性に対する治療の可否が争点。延命治療と緩和ケアの境界、家族不在時の意思決定、国際チーム間での医療観の違いが検討された。

【PT8】精神疾患患者の避難所管理: 韓国人女性のパニック発作

避難所で過呼吸と混乱状態に陥った韓国人女性。言語の壁、精神的診断の困難さ、避難所での適切な対応体制の不足などが議論され、搬送優先順位も検討された。

【PT9】幼児への輸血をめぐる親の拒否：イスラム文化における宗教と救命の衝突

サウジアラビア人の3歳男児が重度出血。親が宗教的理由で輸血を拒否する中、医療チームとして子どもの生命を優先するか否か、法的判断と宗教的配慮の調整が焦点となった。

【PT10】産科合併症と緊急帝王切開：妊娠高血圧症疑いのオーストラリア人女性

常位胎盤早期剥離が疑われる妊婦が搬送され、緊急帝王切開の判断が求められる症例。手術の同意、輸血リスク、新生児ケアなどが国際チーム間で調整を要した。

【PT11】外国籍孤児の保護：アメリカ人女兒の一時保護と国際法的課題

両親を失った6歳のアメリカ人女兒が軽傷で避難。治療同意や心理的ケア、国際的な児童保護制度の違い、大使館との連携など、緊急時の法的手続きが焦点となった。

【PT12】文化的家族観に基づく孤児対応：台湾人幼児の一時保護と送還調整

両親を失った台湾人の4歳男児。文化的背景として「家族が迎えに来る」ことが重視される中、児童福祉制度と文化尊重のバランス、台湾との国際連携が検討された。

5. 主な課題と対応すべき方向性

① 日本側の制度理解と受援リテラシーの向上

日本のDMAT・行政関係者の間では、WHO EMT制度や国際調整メカニズム(EMTCC等)に関する知見がまだ十分に浸透しておらず、初動対応での混乱が見られた。特に「すべての医療行為を日本基準に従ってほしい」との姿勢は、国際医療チームとの信頼関係構築において摩擦の原因となり得る。今後は、受援調整に関わる関係者への集中的なEMT Coordination Cell (EMTCC)研修および、法制度と医療責任に関する相互理解の促進が急務である。

② 支援チームとの協働と責任分担

AUSMATを含む国際医療チームは、自己完結型の医療提供体制と高度なロジスティクスを有しており、その能力は極めて高い。一方で、受援側がどの範囲まで彼らの裁量を許容するか、またその医療行為に伴うリスクや責任の所在をどのように整理するかは、現時点では未整備である。事前合意書や基本方針文書の作成が求められる。

③ 医療スタンダードの相違と調整の重要性

演習中、治療方針(例：緊急手術 vs. 保存的対応)を巡る意見対立も見られた。国際チームの判断と日本側の基準が一致しない場合の調整フローや、合意形成のプロセスをあらかじめ訓練・整備しておくことが現場の混乱回避につながる。国際医療チームとの共通プロトコル(言語、倫理、法的手続き)の事前整備が必要である。国際医療チームの活動内容、治療方針、

責任範囲については、事前に合意文書を取り交わすことが望ましく、そのテンプレートを作成・運用することが急務である。

④ フォーカルポイントとリエゾン人材の育成

医療リエゾン・通訳・業務調整役など、両者をつなぐ橋渡し役の不足が明確な課題となった。特に、通訳者が医療用語や国際基準への理解を欠く場面では、現場の調整が困難になる。医療・国際調整・災害対応の知見を有するメディカルリエゾンの育成は、受援活動の実効性を高める鍵となる。今後は、国内・国際の災害医療知識と通訳技術を兼ね備えた専門人材の育成と、チーム内配置の標準化が望まれる。

⑤ 地域社会の心理的抵抗と対応の必要性

静岡県は比較的国際交流が進んでいる地域であるにもかかわらず、外国人医療チームの受け入れに対して慎重・保守的な意見が多く見られた。南海トラフ被災想定地域の多くがさらに閉鎖的なコミュニティを抱えていることを踏まえ、住民説明会や広報啓発などの「ソフト面での受援準備」が不可欠である。被災地域の住民に対して、国際医療チームの役割や意義について平時から理解を深める広報活動や説明会を行うことで、受援への心理的抵抗を軽減し、スムーズな活動展開が可能となる。

6. 支援・受援の一体的運用とパートナーシップ構築

国際的には支援・受援は双方向の関係と捉えられ、長期的な信頼に基づいたパートナーシップの中で、役割を相互に果たしていく流れが定着しつつある。日本国内では、JDR: Japan Disaster Relief Team (国際支援)とDMAT (国内対応)が法制上分離されているが、今後は訓練・研修・連携において両者が統合的に機能する体制づくりが求められる。DMAT 国際対策課が行っている事業の重点パートナー国であるASEAN諸国 (ARCH (ASEAN 災害医療連携強化プロジェクト) 参加国)、台湾、米国、オーストラリア、トルコ、ウクライナ、バヌアツ等と継続的な交流・共同訓練を進めることが、「顔の見える関係」の構築と継続的な交流に繋がり、今後の受援の現実性と円滑性を高める鍵となる。

7. 演習運営における工夫と評価

本演習は、短期間でありながら高い密度と実効性を有する構成となっており、運営面においてもいくつかの先進的な工夫が見られた点が特筆される。まず、海外参加チームは、渡航・宿泊・移手段の全てを自らで調整・確保しており、日本側の受入体制への過度な依存なく参加できる運用が実現されていた。これにより、主催側は視察者への個別対応等に煩わされることなく、訓練設計および訓練本体の運営に集中することができた。また、全体を通じて二言語(日・英)体制での進行が徹底されており、特に評価すべきは、Exercise Controller が「正解を提示する立場」ではなく、「チーム同士の気づきと議論を促進するファシリテーター役」に徹していた点である。この姿勢が、参加チーム間の率直な意見交換を促し、単なる訓練の枠を超えた相互学習の場を創出した。さらに、使用さ

れた訓練スペースおよび設備は最小限であり、 TENT 数基・基本的な物資のみの展開であったにも関わらず、それぞれのチームの特性と役割に応じたリアリティのある活動が展開された。演習設計の巧妙さが、最小リソースで最大の教育効果を引き出した好例といえる。AUSMAT の柔軟かつ協調的な姿勢も、演習全体の円滑な進行に大きく寄与した。彼らの国際経験に裏打ちされた模範的行動は、他の参加チームにとっても良い手本となり、安心感と信頼の醸成につながった。これらの運営面の工夫は、今後の国際受援訓練や災害医療訓練の在り方にとって、多くの示唆を与えるものである。



図 3: 実働訓練で活動する ASUMAT と日本 DMAT 隊員



図 4: 実働訓練で日本 DMAT リーダーと協議を行う台湾 DMAT

III. After Action Review (AAR)

1. 実施概要と目的

本 AAR は、2025 年 2 月 28 日に 2 月 24 日～26 日までに実施された、国際医療チームの受援机上演習と実働訓練の成果と課題を共有する目的で開催された。参加者から演習・訓練で得られた知見を共有した。

2. 指摘された主な課題

(1) 言語・意思疎通の障壁 (Communication)

医療現場における指示・判断の伝達が言語の違いにより滞り、特に蘇生処置などの緊急対応に支障が生じた。多言語対応が不可欠であるとの認識が共有された。また、通訳者の選択する表現が国際チームとの信頼形成や議論の雰囲気に影響を与える可能性があり、通訳を活用する日本側の表現技術(短文で明確に伝えるなど)に対する教育の必要性も指摘された。

(2) 薬剤・医療物品の互換性

国際医療チームが持参物資の制限により日本の医薬品に依存した結果、薬剤名や用法の違いにより投与ミスリスクが生じた。互換性に関する事前調整が必要とされた。

(3) 法制度および医療行為の権限調整 (Scope of Practice / Credentialing)

日本国内の制度では救命処置や特定医療行為に対して明確な許可が必要とされるが、これが国際医療チームの即応性を妨げる要因となった。特に日本側が「全ての医療行為に対して逐次確認・指示を受けてほしい」と求めたことが、国際チームの自律性との間で摩擦を生み、実地における混乱の要因となった。このような事態を避けるためには、事前に裁量範囲と責任所在を明確化した合意文書の整備が不可欠である。

(4) 情報共有と帳票類の非互換性

帳票や情報共有手段が紙ベースかつ日本独自であり、国際的な共通性を欠いていた。デジタル化・国際標準化の必要性が強調された。また、AUSMAT が提示した 3 枚複写式カルテのような診療記録の共有方式は日本側にとって想定外であり、今後の標準化・共通理解が必要とされた。

(5) チーム間の相互理解不足

訓練初期において各チームの専門性や役割が明確に共有されておらず、相互支援の機会が限定された。

(6) 制度と現場運用の乖離

判断権限や終末期医療の対応方針が施設ごとに異なることから、国際医療チームの活動に混乱が生じた。施設間調整の仕組みが不十分である点が指摘された。

(7) 住民・医療関係者の心理的受容性と文化的壁への対応

外国チームの診療を日本の被災者が受け入れるかについて根本的な懸念が示され、現場では文化的・心理的な抵抗が実感された。国際医療チームとの協働を円滑に進めるためには、住民・医療関係者の心理的受容性を平時から育成し、国際支援を「異質なもの」ではなく共助の一部として受け止める意識の醸成が必要である。

(8) 多国間受援に備えた調整体制の必要性

今回は 1 対 1 の調整により進行したが、複数の国際医療チームを受け入れる場合には、EMTCC (Emergency Medical Team Coordination Cell) の設置が不可欠である。厚生労働省・被災自治体を中心となり、WHO などの国際機関と協働したマルチ調整体制の構築が求められる。

(9) 役割・職種の可視化の不備

現場では、ビブスや肩章の運用に統一がなく、誰がどの職種でどの所属かが一目で判別できなかった。英語併記や色別など、視覚的識別が可能なツールを平時から標準化しておく必要がある。

(10) 国際 EMT の高度なロジスティクス能力と国内体制の差

AUSMAT は、自己完結型の支援体制(滅菌、排水、食事提供等)と 24 時間以内の展開能力を有し、日本の災害対応訓練との間に明確な能力差が存在した。国内訓練においても、国際水準を参考にしたロジ体制の見直しを行ってもよいのではないかと。

3. 各国・各機関からの所見

- 台湾 DMAT は、医薬品と言語の課題を指摘し、デジタルフォーマット整備と日台間の調整強化を提案。
- ASUMAT は、日本の災害対応の組織力を評価

しつつも、コミュニケーションや医療行為の明確化が必要と述べた。

- **米国 ASPR** は、事前の調整と継続的な信頼構築の必要性を強調。
- **ASEAN 諸国** は、地域的な調和 (regional harmonization) と継続的な共同訓練の実施を希望。



図 5:AARの様子



図 6:AARにおいて評価を行う ASPR 担当者

D. 考察

机上演習:

本演習は、国際医療チームの日本への受け入れにおける制度的・運用的課題を具体的に洗い出す極めて貴重な機会となった。各国の代表からは、自国の災害医療チームとしての基本方針 (例: 自国民への治療、日本の医療体制を補完するという姿勢)、薬事やライセンスに関する懸念、通関手続や輸送手段の課題等が率直に共有された。

特に注目すべきは、日本側がこれまで制度として明文化していなかった「医療リエゾン機能」の必要性が、全会一致的に指摘された点である。災害現場における実質的な医療活動の調整を担う役割として、外務省リエゾンに加えて、DMAT や JDR の知見を持つ医療者によるリエゾンの配置が、現場での混乱回避と迅速な医療活動開始の鍵となることが明らかとなった。

また、医薬品の持ち込みに関しても、麻薬を除く医薬品については、事前に薬品リストを提出し、日本側で審査・登録作業を進めておくことが、受け入れ時の円滑化に寄与することが示唆された。今後は、薬剤師等を含む事前調整会議体を設け、各国の使用薬剤と日本側薬剤の代替リストを相互に整理する必要がある。

受援体制全体としては、各関係省庁 (厚生労働省・外務省・国土交通省・警察庁等) と都道府県との間で、空港受入、通関、道路通行、施設案内などに関する責任分担と

連携プロトコルを、災害対応の標準業務手順書 (SOP) として策定しておく必要がある。

加えて、JSPEED/MDS 等による診療データの共有、医療通訳者の育成とネットワーク化の制度整備・調整が今後の大きな課題である。

実働訓練:

本訓練は、国内 DMAT と国際医療チームの円滑な協働体制を構築することを目的として、2 日間にわたり実施された。これは、国際医療チームを日本に受け入れる体制整備の第一歩となる画期的な試みであり、今後の大規模災害発生時における国際受援との連携強化に向けた礎となった。1 日目には台湾 DMAT と静岡 DMAT による SCU の運用、2 日目には AUSMAT と静岡県立総合病院の連携を想定した実動訓練が実施された。訓練では、実際の診療を通じて、家族情報のない重症旅行者、心肺停止となった外国人患者とその未成年の息子、パニック発作を呈した避難者、高齢要介護者の治療限界など、日本国内でも判断が難しい症例をベースに活発な議論が展開された。両日とも、国内外のチームが同じ空間で活動し、相互理解を深めながら協働する姿は非常に印象的であり、災害医療の場における信頼関係とチームワークの重要性を改めて実感する機会となった。この体験を通じて、今後想定される大規模災害時には、日本の医療チームと国際医療チームが連携し、より多くの人命を救うことが可能であるという確信が得られた。

一方で、今回の訓練を通じて、国内 DMAT と国際医療チームとの間には活動スタイルや制度的枠組みにおける理解のギャップが存在することも明らかとなった。特に、以下の 3 つのレベルでの課題が浮き彫りとなった。

➤ 国レベル (中央政府・DMAT 本部)

国内 DMAT が WHO による EMT イニシアティブの理念や運用 (例: EMTCC での情報報告義務、Minimum Standards、搬送調整等) を理解し、受援対応に活かすためには、継続的な講義・研修による知識の共有が不可欠である。また、国内外をつなぐ「メディカルリエゾン (医療・国際調整・災害医療の知識を有する人材)」の育成が急務であり、将来的には各チームに 1 名以上の配置が望まれる。

➤ 県レベル (地方行政・災害対策本部)

国際医療チームの活動場所や統制系統、医療・福祉・保健との連携調整 (例: DHEAT、DPAT、透析ネットワーク、周産期リエゾン等) について、県庁レベルでの理解と事前の共有が不足していた。今後は、県主導による明確な指揮系統の提示や、医療福祉保健調整会議の定期的な実施、講義型と実地訓練を組み合わせた演習の導入が求められる。

➤ 活動現場レベル (病院・SCU・避難所等)

国際医療チームの活動に伴う法的・倫理的問題 (死亡診断、侵襲的処置への同意、輸血・終末期対応、孤児の保護など) に対する国内関係者の理解が不十分であった。事前に協議すべき懸案事項のリスト化、意思決定プロトコル

の整備、現場会議による合意形成が必要である。また、外国医師からの指示出しへの不安や言語の壁など、実務面での課題も顕著であり、反復的な訓練を通じた現場適応力の強化が今後の鍵となる。

本訓練を通じて、日本の災害医療が持つ独自性や、国際基準との相違点をお互いに理解し合う第一歩が踏み出された。とりわけ印象的であったのは、災害医療という枠を超えて、世界各国からの参加者が友情と信頼を育み、新たな国際的なネットワークが形成されたことである。今後もこの貴重なつながりを生かしながら、実効性のある訓練の継続と、制度面での準備を進めていくことが、真に命を救うための受援体制強化へとつながっていくと確信している。

また、本訓練は単に技術的な運用を検証するにとどまらず、制度・文化・心理の各側面における深層課題を可視化し、現場レベルの摩擦や理解の差を浮き彫りにした。日本が国際的な災害医療ネットワークの中で「受援国」としての役割を果たすうえで、本訓練は極めて実践的な学びと今後の改革の起点を提供した。

After Action Review (AAR):

今回の AAR を通じて、日本が「国際災害医療支援の受援国」としての役割を現実的に果たすためには、法制度・運用面のみならず、文化的・倫理的な土台、地域社会の受容性を含めた包括的な受援体制整備が不可欠であることが改めて浮き彫りとなった。以下に、本訓練で得られた教訓を基に、今後必要とされる重点的な対応の方向性を整理する。

1. 真の相互運用性に向けた基盤整備と裁量権の明確化

訓練では、日本側が医療行為に対し逐次的な確認・指示を求めた結果、国際 EMT との間で認識の乖離が生じ、現場の円滑な判断が阻害される場面があった。これは、国内制度と国際 EMT の認証体制・裁量原則との間の調整不足を反映している。今後は、受援に際して生じ得る裁量の範囲と責任の所在について、Scope of Practice の合意文書を訓練・平時から整備し、厚生労働省・外務省・自治体・病院の各レベルで共有しておくことが不可欠である。

2. 医療通訳とコミュニケーション体制の高度化

医療現場において、通訳者の語彙選択や表現力がチーム間の認識・信頼構築に影響を及ぼす可能性が明らかになった。また、通訳を介する日本側医療従事者にも、短く簡潔な言葉で正確に意図を伝える能力が求められる。したがって、医療知識を有する多言語通訳の養成と、通訳を活用する側のスキルトレーニングの両面から支援する体制の構築が必要である。

3. 情報共有と帳票類の国際整合性確保

AUSMAT が導入していた三枚複写式カルテのような診療記録方式は、日本側では想定されておらず、情報共有の実務面に混乱が生じた。日本側帳票が紙ベースで日本語中心であることも課題であり、JSPEED や WHO MDS 等に準拠した帳票整備・デジタル化と、それを見据えた訓練での使用が推進されるべきである。

4. 多国間調整を見据えた EMTCC 体制の構築

今回の演習では、1 チームと静岡県との直接調整のみで対応が行われたが、複数の国際医療チームを同時に受け入れる場合には、国際医療チームの日本国内での派遣を調整する機能として、WHO が提唱する Emergency Medical Team Coordination Cell (EMTCC) を常設的に立ち上げ、運営することが必要であると考えられる。厚生労働省が主導し、都道府県や医療機関と連携しながら、WHO 等との協調メカニズムを平時から整備しておくことが求められる。

5. ロジスティクス力の相互学習と標準化

AUSMAT が有する自己完結型の展開能力(滅菌、排水、調理、展開時間の即答など)は、日本側の訓練と比して明確な差が認められた。今後、JDR や DMAT の展開訓練において、国際医療チームのロジ体制をベンチマークに据えた改善を行うとともに、国際水準に見合う備品・資材運用計画を制度的に位置付ける必要がある。

6. 視認性と識別性に配慮した現場表示の標準化

現場では、誰がどの職種・所属かを即座に判別できない状況が散見された。受援時の混乱を避けるためには、ビブス・肩章などの統一、英語併記や色分けといった視覚的識別ツールを平時から整備し、標準マニュアル化しておくことが望まれる。

7. 継続的な合同訓練と人的基盤の育成

今回の成果は一過性のものに留まらず、今後も DMAT・JDR・自治体・国際 EMT 間での定期的な合同演習、人的交流、ケースレビュー(AAR)を積み重ねることで、制度・運用両面の成熟が図られる。特に ASEAN 諸国との実動演習を継続し、地域全体での調整力強化が求められる。

8. 地域住民・医療関係者の心理的受容性の涵養

外国の医療チームによる診療を住民が受け入れられるかという文化的・心理的な壁は、実際の受援時における大きな障害となる可能性がある。被災地の行政・保健・福祉・医療機関は、平時から住民に向けた広報啓発や説明会を実施し、「受援＝共助」であるという理解の醸成を図る必要がある。

このように、本訓練を通じて可視化された多様な課題は、単なる制度改正やマニュアル整備のみで解決できるものではなく、組織・人材・文化の総合的な受援能力の底上げが求められていることを示している。今後は、国際連携の深化に向けた確かな実務基盤の構築が急務である。

E. 結論

本研究は、国際災害医療チームの受援体制の実効性を検証するため、実働訓練を通じて制度、運用、文化、コミュニケーション等に関する課題を多面的に明らかにすることを目的とした。その結果、我が国における国際医療支援の受け入れには、制度的整合、現場運用の標準化、関係者間の認識共有、社会的受容性の醸成など、多層的な対応が求められることが確認された。

今後は、平時からの準備と調整を通じて、より実践的で持続可能な受援体制を構築することが必要である。訓練の成果と課題は、受援体制の整備のみならず、国際的な災害医療連携の強化に

に向けた基盤形成にも資するものである。

G. 研究発表

1. 論文発表

<令和4年度>

- 久保達彦. 国際災害医療チームの受援について. カレントセラピー 40 (12) 1191-1195, 2022.

<令和5年度>

- 該当なし.

<令和6年度>

- 該当なし.

2. 学会発表

<令和4年度>

- Yuichi Koido, Tatsuhiko Kubo, Yoshiki Toyokuni, Akinori Wakai, Tatsuo Ono, Tsukasa Katsube, Yoshiteru Yano, Yuki Matsuzawa, Joe Lamana, Chris Crabtree, Erik Vincent, Bonnie Arthur, Adam Tewell, Silvia Garcia. Investigation of the receiving United States NDMS/DMAT in Japan. Development of Standard Operation

Procedures for receiving international EMTs. WHO EMT Global Meeting. 2022年10月(アルメニア)

<令和5年度>

- Tatsuhiko Kubo, Yuichi Koido. U.S. - Japan DMAT Joint Project. US-Japan Health Security Committee. 2023年7月14日(ワシントンDC)

<令和6年度>

- 該当なし.

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし

