

オ 応援班の移送の実施

移送は、県地域防災計画地震対策編第5編第4章による緊急輸送活動計画（以下「県緊急輸送活動計画」という。）に基づいて実施する。

なお、応援班の移送に係るヘリポートについては、県地域防災計画資料編に掲げるものの内、最寄りのヘリポートとする。

カ 応援班の活動

応援班は出勤先の医療救護施設の管理者の指示に基づき活動する。

キ 応援班設置要綱の作成等

(ア) 応援班を編成する病院は、あらかじめ応援班設置要綱（別紙4）を作成する。

(イ) 応援班を編成する病院は、応援班の編成内容を医療情報システムへ入力することにより県に報告（別紙5）する。

編成の内容に変更があった場合も同様とする。

(3) 重症患者の広域搬送

被害想定により多数の重症患者の発生が予想されることから県は一人でも多くの命を救うため、地域内や県内病院だけでは、治療、収容することができない重症患者をヘリコプター等を活用し、被災地外の病院へ広域搬送するものとする。

ア 広域搬送の実施

広域搬送は、原則として県外搬送とする。ただし、被災状況に応じて県内搬送も行う。

(ア) 県外搬送の場合

自衛隊等に搬送を要請する。原則として災害拠点病院又は救護病院などの最寄りのヘリポートからヘリコプターで広域搬送拠点に搬送する。広域搬送拠点で、再トリージングを実施してから自衛隊の固定翼機や大型ヘリコプターで県外飛行場に搬送し、国等を通

じて要請した病院に収容する。

なお、状況に応じて、広域搬送拠点を経由せず、直接、ヘリコプターで県外の病院へ搬送し、収容する場合も考慮する。

(イ) 県内搬送の場合

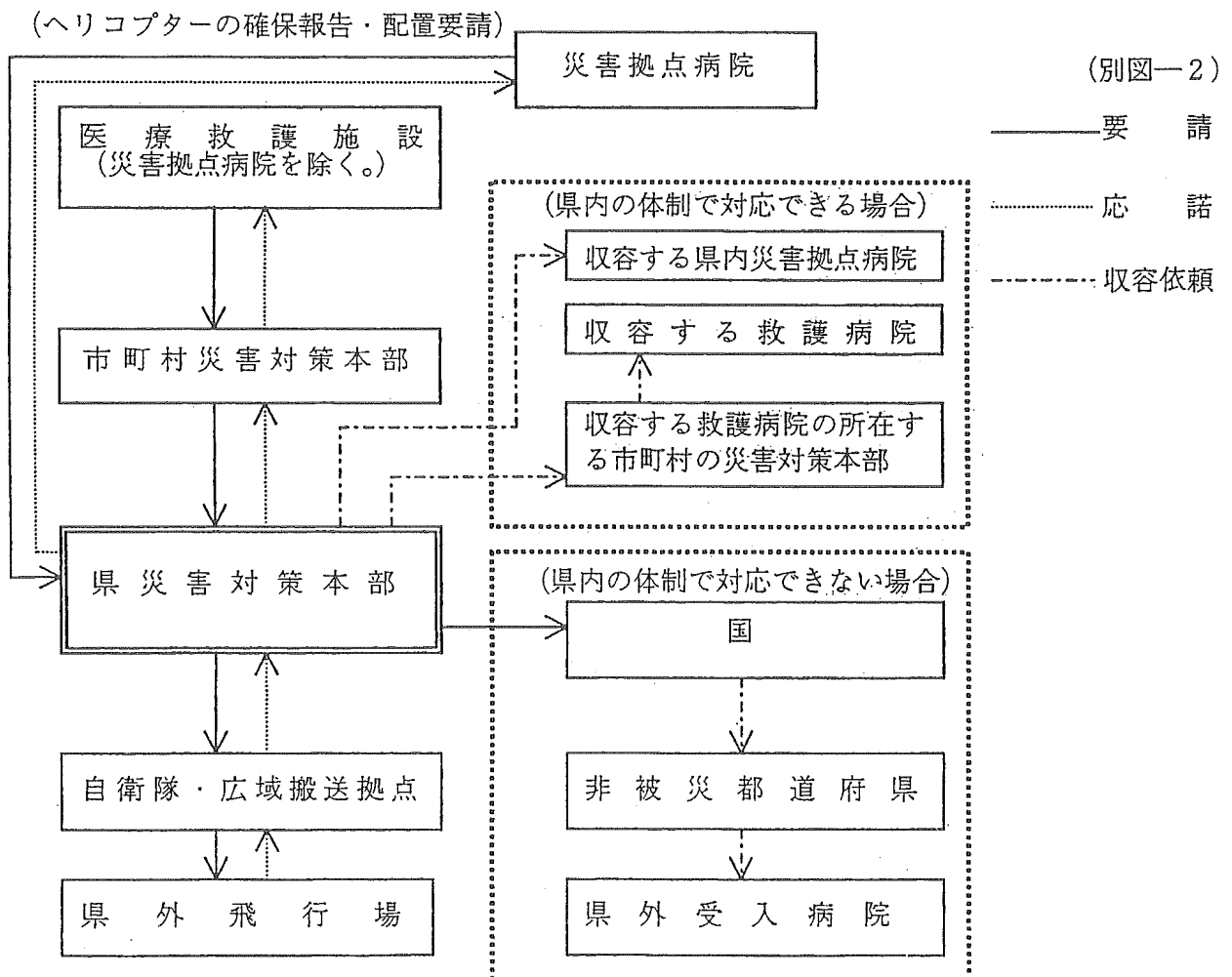
県災害対策本部長の指示に基づき、被災地外の病院にヘリコプター等で搬送し、収容する。

イ 搬送に係る要請等の連絡方法

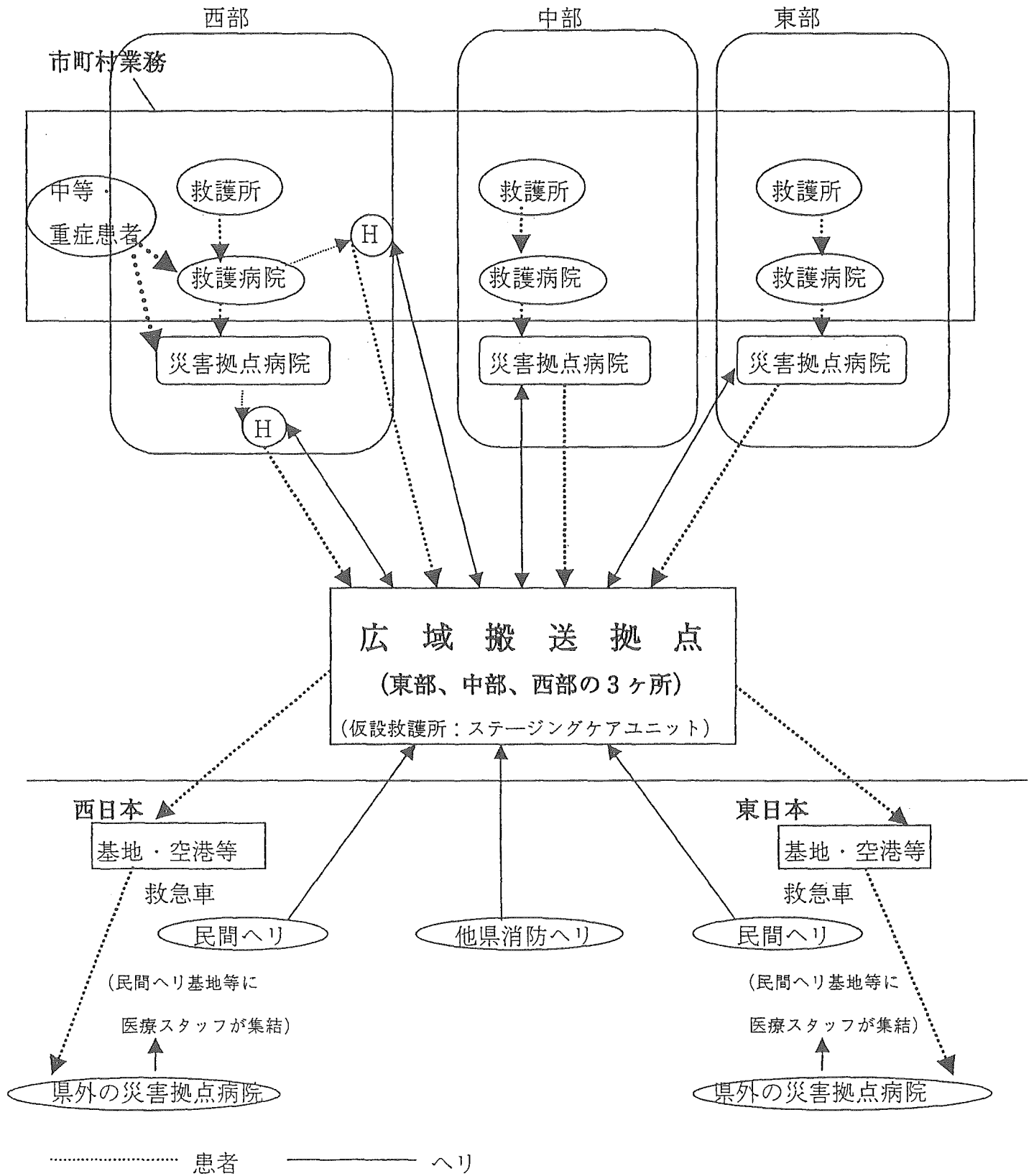
(ア) 医療救護施設（災害拠点病院を除く。）の管理者は、トリアージによる広域搬送を必要とする重症患者について、市町村災害対策本部に搬送要請を行うものとし、市町村災害対策本部長は、直ちに県災害対策本部に搬送を要請する。県災害対策本部長は、搬送の要請への対応の可否を速やかに市町村災害対策本部に連絡する。

(イ) 災害拠点病院の管理者は、県災害対策本部にヘリポートの確保状況を報告するとともに、ヘリコプターの配置を要請する。県災害対策本部長は、災害拠点病院が確保したヘリポートにヘリコプターを配置し、重症患者の搬送を行う。

(ウ) 要請等の連絡は、次のとおりとする。（別図－２）



＜重症患者の広域搬送構想—発災後の72時間体制＞



(広域搬送構想の内容)

○ 県外搬送患者

多数の重症患者が災害拠点病院等に運ばれ、県内では対応できない重症患者も出てくる。

○ ヘリの広域搬送集結

民間ヘリや他県の消防ヘリが県の指定する広域搬送拠点（東部、中部、西部の3ヶ所）に集結する。

○ 県内搬送

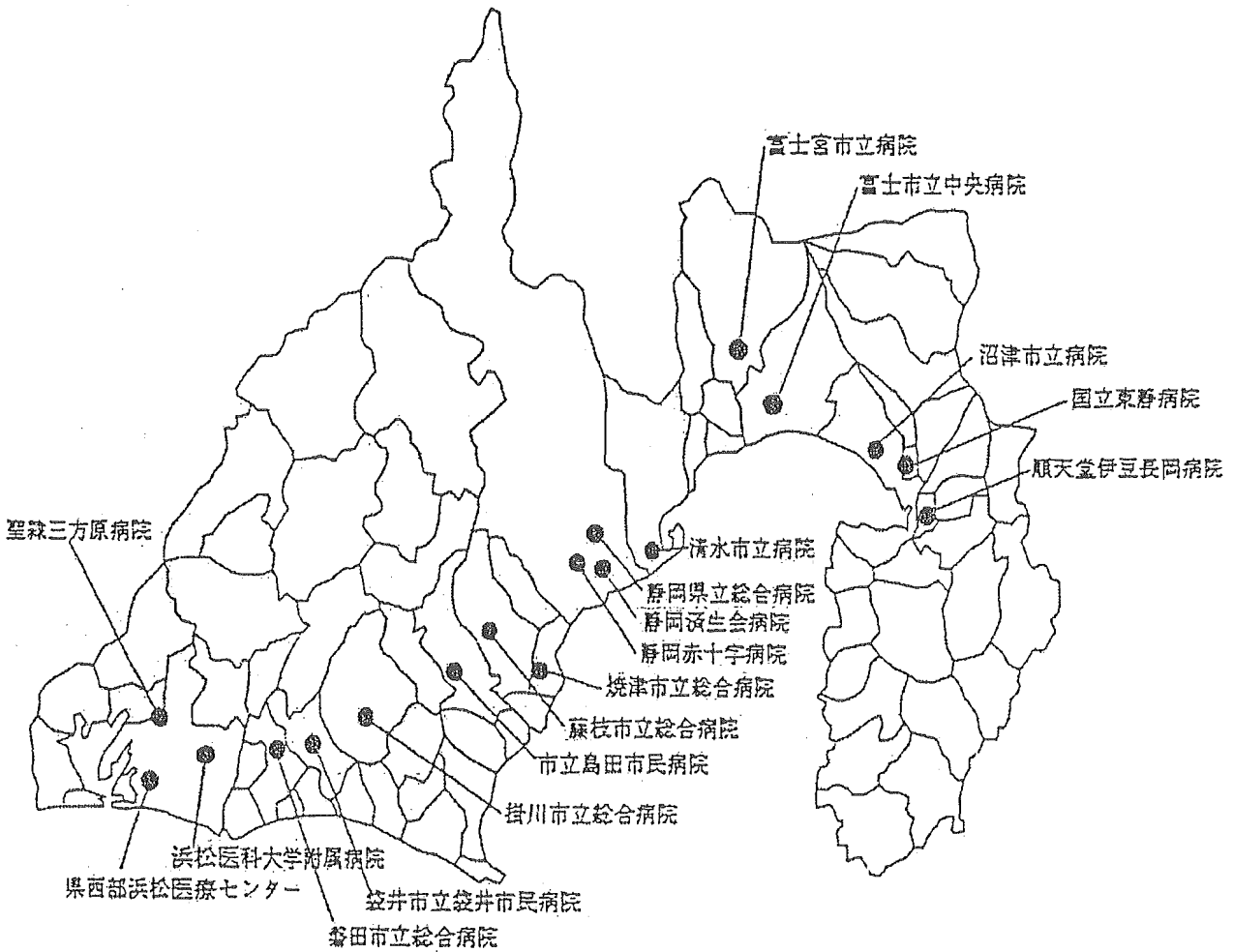
- ・ 県災害対策本部の指揮下で災害拠点病院等の指定のヘリポートと広域搬送拠点との間で重症患者のピストン搬送を行う。
- ・ ステージングケアユニット（仮設救護所）で広域搬送に耐えられるか再トリアージを行う。

○ 県外搬送

広域搬送拠点に搬送された重症患者は、定期的に自衛隊の大型ヘリコプターや固定翼機で県外の飛行場に運ばれた後、救急車で病院に収容される。

災害拠点病院一覽

地域	病院数	病院名・電話番号			
東部	5	順天堂伊豆長岡病院	055-948-3111	沼津市立病院	055-924-5100
		国立東静岡病院	055-975-2000	富士市立中央病院	0545-52-1131
		富士宮市立病院	0544-27-3151		
中部	7	清水市立病院	0543-36-1111	県立総合病院	054-247-6111
		静岡赤十字病院	054-254-4311	静岡済生会総合病院	054-285-6171
		市立島田市民病院	0547-35-2111	焼津市立総合病院	054-623-3111
		藤枝市立総合病院	054-646-1111		
西部	6	袋井市立袋井市民病院	0538-43-2511	浜松医科大学医学部附属病院	053-435-2149
		県西部浜松医療センター	053-453-7111	掛川市立総合病院	0537-22-6211
		磐田市立総合病院	0538-38-5000	聖隷三方原病院	053-436-1266
計	18				



応援班設置病院一覧

1 普通班

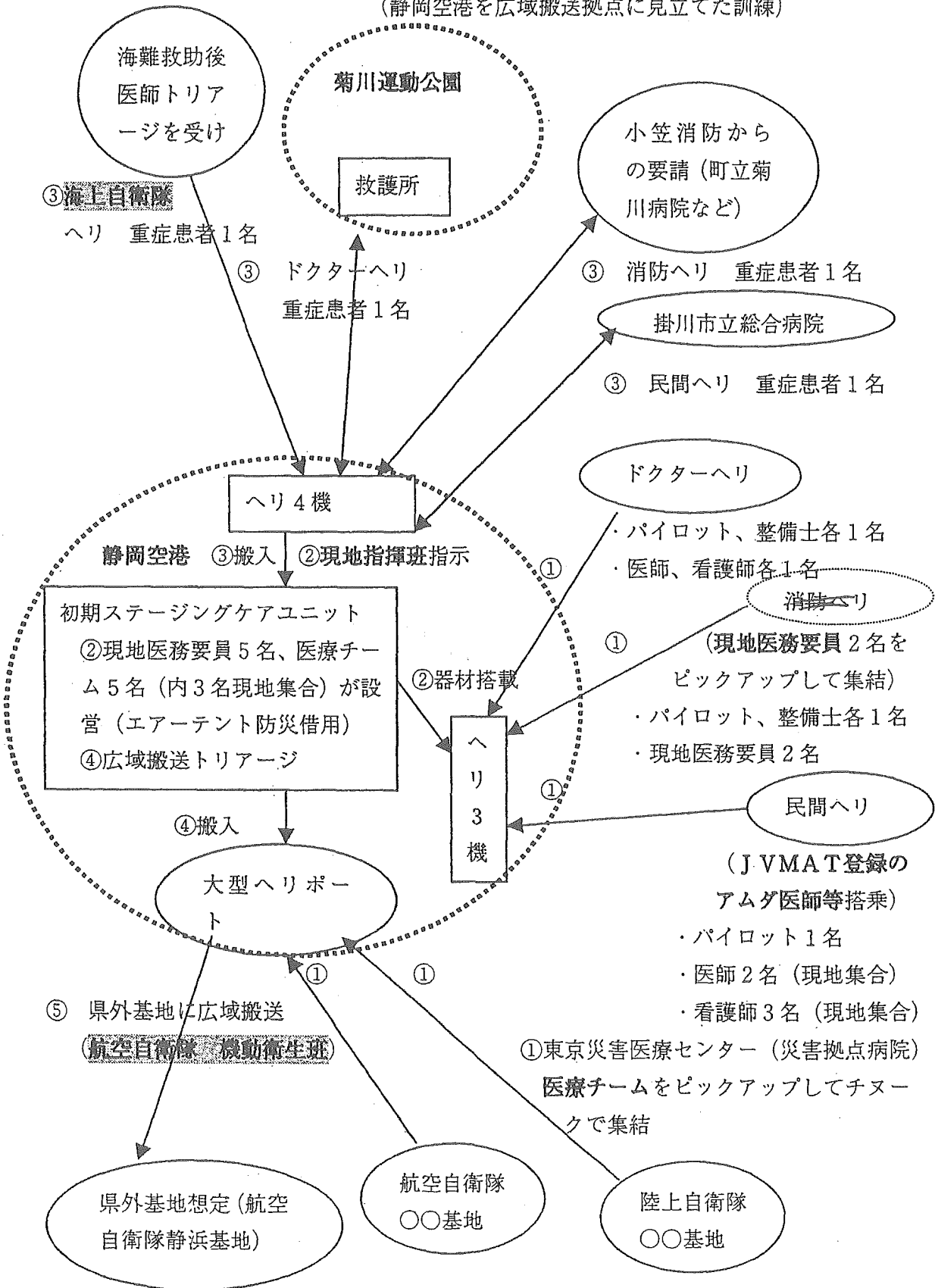
地域	指定数	設置総数	選定病院名	設置数	電話番号			
東部	10	23	国際医療福祉大学附属熱海病院	1	0557-81-9171			
			伊豆赤十字病院	1	0558-72-2148			
			国立東静岡病院	3	055-975-2000			
			N T T 東日本伊豆病院	3	055-978-2320			
			沼津市立病院	3	055-924-5100			
			裾野赤十字病院	1	055-992-0008			
			社会保険三島病院	2	055-975-3031			
			順天堂伊豆長岡病院	3	055-948-3111			
			富士市立中央病院	3	0545-52-1131			
			富士宮市立病院	3	0544-27-3151			
			中部	11	33	共立蒲原総合病院	3	0545-81-2211
清水市立病院	3	0543-36-1111						
県立総合病院	3	054-247-6111						
県立こども病院	3	054-247-6251						
静岡市立静岡病院	3	054-253-3125						
静岡赤十字病院	3	054-254-4311						
静岡厚生病院	3	054-271-7177						
静岡済生会総合病院	3	054-285-6171						
焼津市立総合病院	3	054-623-3111						
藤枝市立総合病院	3	054-646-1111						
市立島田市民病院	3	0547-35-2111						
西部	15	38				共立菊川総合病院	2	0537-35-2135
						掛川市立総合病院	3	0537-22-6211
						町立浜岡総合病院	2	0537-86-8511
			袋井市立袋井市民病院	3	0538-43-2511			
			磐田市立総合病院	3	0538-32-0111			
			浜松医科大学医学部付属病院	3	053-435-2111			
			浜松労災病院	3	053-462-1211			
			県西部浜松医療センター	3	053-453-7111			
			浜松赤十字病院	3	053-472-1151			
			遠州総合病院	3	053-453-1111			
			社会保険浜松病院	1	053-461-4133			
			聖隷浜松病院	3	053-474-2222			
			聖隷三方原病院	3	053-436-1251			
			引佐赤十字病院	1	053-542-0115			
			共立湖西総合病院	2	053-576-1231			
計	36	94						

2 精神科班

地域	指定数	設置総数	選定病院名	設置数	電話番号
東部	1	1	N T T 東日本伊豆病院	1	0559-78-2320
中部	4	5	精神保健福祉センター	1	0543-66-5506
			県立こころの医療センター	2	054-271-1135
			市立島田市民病院	1	0547-35-2111
			榛原総合病院	1	0548-22-1131
西部	3	4	共立菊川総合病院	1	0537-35-2135
			浜松医科大学医学部付属病院	2	053-435-2111
			聖隷三方原病院	1	053-436-1251
計	8	10			

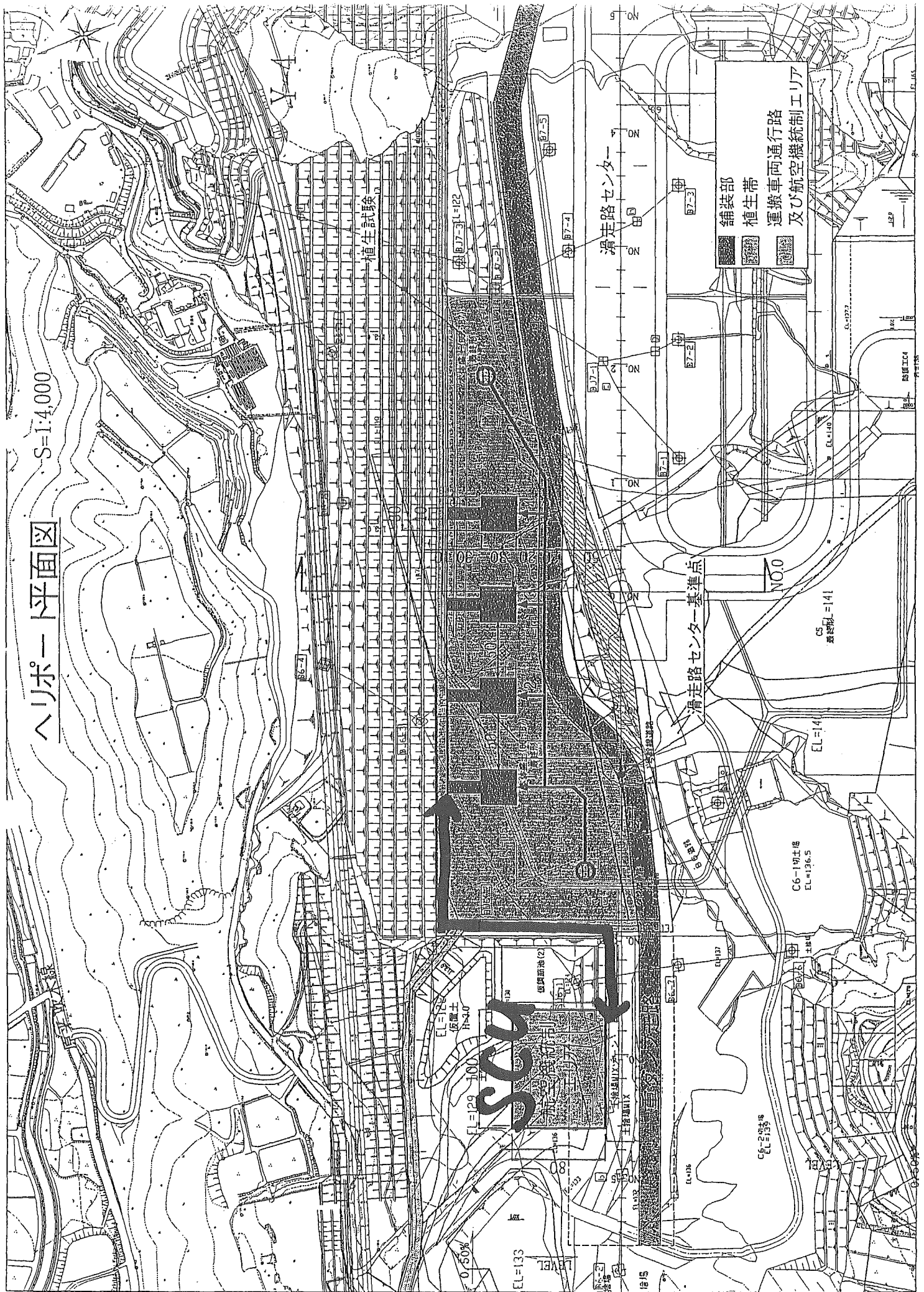
平成15年度静岡県総合防災訓練 医療救護訓練イメージ図

(静岡空港を広域搬送拠点に見立てた訓練)



ヘリポート平面図

S=1:4,000



第1回 資料2B

「平成15年度静岡県・菊川町総合防災訓練」SCU状況(案)

平成15年8月25日

訓練内容	訓練時間	レイアウト	備考
SCU設置訓練	8:10~9:00	<p>マイク ロバス 1台 (県)</p> <p>乗用車 3台 (県、聖隷、アムグ)</p> <p>連絡調整・現地事務要員</p>	
SCU患者搬送・トリアージ訓練1	9:34~9:52		
SCU患者搬送・トリアージ訓練2	10:25~10:40		
SCU患者搬送・トリアージ訓練2	10:34~11:00		

は、患者役がいることを示す。

は、患者役が新たに搬送されてきたことを示す。

は、患者役がいないことを示す。(番号がある場合は、大型ヘリ搬入のため搬出されたことを示す。)

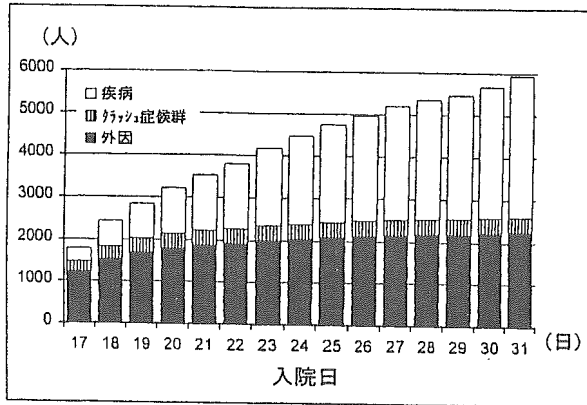
第1回 資料4A

参考資料；阪神淡路大震災時の傷病構造（大阪大学特殊救急部調査報告より）

表Ⅱ-2 被災地内病院と後方病院

	施設数	平均病床数
被災地内病院*	48	318
後方病院	47	458

*：被災地内の54施設のうち機能的に後方病院の役割を果たした7施設は除外し、後方病院に含めた。また、被災地外の施設でも機能的には被災地内の病院と同等であった1施設を加えた。



図Ⅱ-4 傷病構造の経日的変化

表Ⅱ-4 傷病構造別の入院患者の内訳

傷病分類	症例数	男性	女性
クラッシュ症候群	372	178	194
他の外因	2,346	942	1,404
疾病	3,389	1,574	1,815
計	6,107	2,694	3,413

表Ⅱ-5 傷病構造別にみた患者転帰

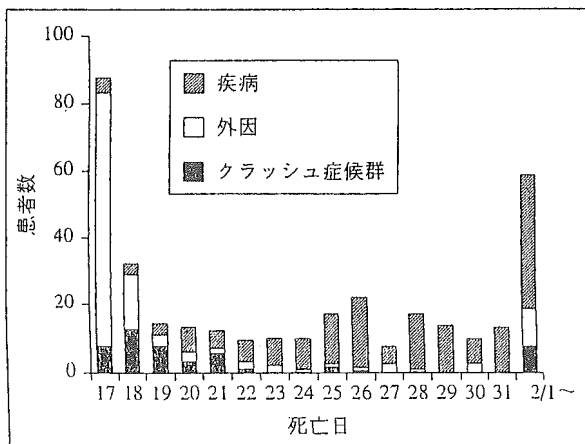
	症例数	軽快 (%)	死亡 (%)	不明 (%)
クラッシュ症候群	372	302 (81.2)	50 (13.4)	20 (5.4)
外因	2,346	2,188 (93.3)	128 (5.5)	30 (12.8)
疾病	3,389	2,706 (79.8)	349 (10.3)	334 (9.9)
計	6,107	5,196 (85.1)	527 (8.6)	384 (6.3)

表Ⅱ-6 傷病構造別にみた集中治療を要した症例の割合

	症例数	集中治療例 (%)
クラッシュ症候群	372	262 (70.4)
外因	2,346	301 (12.8)
疾病	3,389	323 (9.5)
計	6,107	886 (14.5)

表Ⅱ-7 傷病構造別にみた被災地内外の死亡例の頻度

	被災地内病院		後方病院		計	
	死亡数	患者総数 (%)	死亡数	患者総数 (%)	死亡数	患者総数 (%)
クラッシュ症候群	36	196 (18.4)	14	176 (8.0)	50	372 (13.4)
外因	115	1,765 (6.5)	13	581 (2.2)	128	2,346 (5.5)
疾病	241	2,372 (10.2)	108	1,017 (10.6)	349	3,389 (10.3)
計	392	4,333 (9.0)	135	1,774 (7.6)	527	6,107 (8.6)



図Ⅱ-6 傷病構造別にみた死亡日

表II-8 外因例の内訳

分類	入院患者数	死亡数 (%)
クラッシュ症候群	372	50 (13%)
頭部外傷		
脳損傷 (+)	37	11 (30%)
脳損傷 (-)	250	0 (0%)
胸部外傷		
胸腔内損傷 (+)	63	5 (8%)
胸腔内損傷 (-)	88	3 (3%)
腹部・体幹外傷		
腹腔内臓器損傷 (+)	35	19 (54%)
腹腔内臓器損傷 (-)	246	0 (0%)
骨盤・後腹膜外傷	314	6 (2%)
四肢外傷	740	2 (0%)
脊柱外傷	376	3 (1%)
熱傷	44	1 (2%)
その他	153	78 *

*詳細不明の死亡 67 例を含む

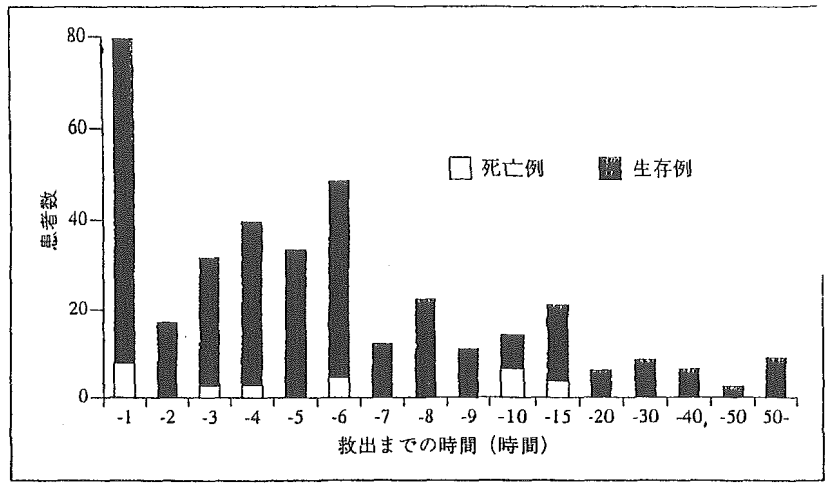
表II-9 頭部

	総計	287 (11)
頭蓋内損傷 (+)		
脳挫傷	17	(7)
外傷性くも膜下出血	7	(2)
外傷性脳内血腫	1	
硬膜下血腫	9	(1)
硬膜外血腫	3	(1)
計	37	(11)
頭蓋内損傷 (-)		
頭蓋骨・顔面骨骨折	30	
眼外傷	29	
頭部・顔面軟部組織損傷	191	
計	250	

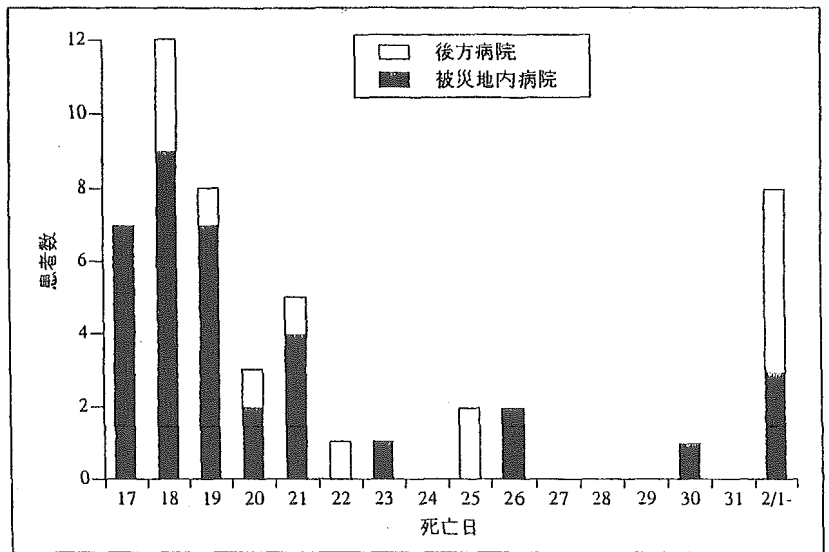
() 内は死亡数

表II-27 クラッシュ症候群の死亡日と死因

	1/17	18	19	20	21	22	23	24	以降	計
高K血症	3	3	2	2	1					11
循環不全	4	10	5	1	3	1	1	2		27
敗血症								9		9
(MOF)										
その他					1		2			3
計	7	13	7	3	4	2	1	13		50



図II-17 救出までの時間と予後



図II-18 被災地内病院と後方病院での死亡例の経日的変化

表II-28 疾病患者の死亡原因

死因	症例数	死因	症例数
悪性腫瘍	98	慢性腎不全	6
肺炎	80	潰瘍出血	3
心不全	33	糖尿病	3
脳血管障害	26	慢性閉塞性肺疾患	3
脳出血	12	イレウス	3
脳梗塞	14		
心筋梗塞	18	不整脈	2
呼吸不全	14	大動脈瘤破裂	2
敗血症	13	結核	1
脱水	8	その他	9
喘息	7	不明	14
肝梗塞	6	Total	349

第1回 資料7

平成 15 年 9 月 1 日 静岡県菊川町総合防災訓練 参加報告書

国立病院東京災害医療センター

大友康裕、霧生信明、佐藤和彦、南沢美和、田中栄智、妹尾正子、権守弘樹

はじめに

阪神淡路大震災の教訓から震災によって発生した重症外傷患者を非被災地へ広域航空搬送することの重要性/必要性が強く叫ばれてきた。その結果、多くの自治体での災害訓練において、患者航空搬送が取り入れられてきている。しかしながら、これらの訓練では航空機を時間通りに発着させることに主眼がおかれ、模擬患者も単一かごく少数のものであり、実践レベルからはほど遠いものであると言わざるを得ないものであった。かねてより静岡県では、この災害時患者広域航空搬送に関して組織的・広範囲に患者を後方搬送する実践的な計画が作られてきており、今回の訓練もその計画に則って実施されたものである。自治体における災害訓練が、往々にして訓練のためだけの、災害対応計画と異なる取り決めで実施される傾向にあるなか、今回の訓練は事前の対応計画に則った運用が行われ、今後の実際の災害時活動に資する大変有意義な訓練であったと考える。訓練に参加した立場から、今回の訓練の反省点等をまとめさせていただいた。貴県の災害時患者広域航空搬送計画がさらに実効性あるものとしていくための参考として頂ければ幸いである。

◎参加訓練内容

1. ステージング・ケア・ユニット立ち上げ

静岡空港建設予定地（広域搬送拠点として想定）にステージングケアユニットを設置し、広域航空搬送患者の航空搬送前の医療安定化処置および広域搬送トリアージを実施する

1. 患者航空搬送 訓練

衛生機動班として自衛隊機に搭乗して浜松基地（県外の基地として想定）までの患者航空搬送訓練

◎今回の飛行条件

1. 立川基地→静岡飛行場（予）

富士山南回り、高度 2000m、約 1 時間の飛行

2. 静岡飛行場（予）→浜松飛行場

高度 600m、約 20 分の飛行

2. 浜松飛行場→立川基地

約1時間の飛行

◎訓練の運営上の反省点

- ・ 情報について

ヘリコプター飛行決心に関する情報の混乱から、出発時間（病院発）が45分遅延した。

- ・ 訓練進行上の指揮者と医療現場の責任者（訓練参加者）との区別が不明確

静岡空港内SCU到着時、すでに模擬患者に対するトリアージや医療行為は済んでいたが、SCU内にスタッフが不在で、患者情報や現在の状況等の申し送りがなく、どこで誰がこれらの医療行為を施行したのか不明であった。また医療現場の責任者が不明（不在）であった。またトリアージタグに医療行為の内容が記載されていなかった。

- ・ 模擬患者の自分の病態の理解/演技不足；昏睡状態の設定であるはずの模擬患者さんが、呼びかけに対して氏名を答えてしまい、航空搬送の適応から外れてしまう状態となってしまった。事前に自分の外傷の病態に関する理解とそれを前提とした演技等の指導が必要と思われた。

◎実戦に向けての反省点

1. CH47内での診療行為について

1. 装備；患者搬送仕様となっており、

担架ベット；4ベット装着

心電図モニター；Propac 1台

吸引器；1器

酸素ポンペ；酸素流量計8ポート（1ポンペ）

使用可能時間は、要確認

除細動器；1器

点滴台；代用可能カ所あり

が備え付け装備となっていた。機内の温度管理としては、ヒーターはあるが冷房はなく、上空では問題ないが、地上付近ではかなりの高温環境となることが確認された。備え付けの担架ベットへ静岡空港からの担架を装着する予定であったが、サイズが合わず、患者を移し替える必要があった。

2. 飛行中の診療条件

ドクターヘリ等で使用されている機種と比べ、騒音、振動（特に離発着時の縦揺れ）等が非常に大きく、聴診不可能であることは当然として、患者からの訴え等の聴取も不可能であった。

血圧計も、聴診式のもの使用できず、触診による測定もしくは自動血圧計が必要であった。

さらに通常以上の加圧が必要であり、測定までに時間がかかった。微振動により正しい数値が測定されているか確認がなく、ショック患者では、血圧把握が困難であることが判明した。一方、パルスオキシメーターは、終止適切な値を表示し、信頼性が高いと考えられた。また患者間の使い回しも有効であった。モニターに装備されている各種アラームの聴取も不可能であった。離発着時の縦揺れ振動は、非常に大きく、診療は全く不可能と考えられた。一方、安定飛行時には、静脈ライン確保なども可能であった。飛行中、緊急に気管挿管等を行っても、呼吸音の確認は不可能であるので、食道誤挿管確認機器等の携行が望ましいと考える。

3. 低圧環境

今回の飛行条件では、SpO₂ 97%程度までの低下であり大きな影響はないものと考えられた。

II. 静岡空港（予）内ステージング・ケア・ユニット（SCU）

静岡県で計画しているような重症外傷患者（救命のためには数時間以内の治療が必須）の広域航空搬送には、それ相応の医療水準を維持しつつの搬送でなければ、結局患者を失うこととなり、様々な努力が無駄になりかねない。このため SCU においても、それなりの医療資器材が必要である。今回の訓練では、静岡空港はまだ建設中であり、空き地に簡易テントを展開しての対応であったため、実際の災害対応とは異なる条件であると理解しているが、今後、空港において SCU を立ち上げる計画であるならば、以下の点に関して今後検討/準備が必要である。

1. 重症外傷患者に対する必要医療行為

- ・頭蓋内損傷；気管挿管による気道の確保、頻回の意識レベル/瞳孔チェック、必要に応じてマニトール投与、発語チェックは飛行中は不可能
- ・意識障害患者；嘔吐予防に胃管挿入（自分でゲップできない患者が適応）、抑制帯（結びつける場所の工夫が必要）
- ・出血性ショック患者；急速輸液（大量の細胞外液準備）
- ・血気胸患者；胸腔ドレナージ、呼吸管理
- ・クラッシュ症候群；心電図モニター必須、急速輸液

2. 必要医療資器材

今回、患者航空搬送に対応することを前提に、当院での災害用医療資器材（約25Kg）で対応可能な患者数は、気管挿管患者 2名、胸腔ドレナージ患者 1名である。搬送航空機の搬入可能器材重量制限や搬送人員の問題を考えると、発災時、当施設から必要量の医療資器材を搬入することは困難と考えられる。今後は、空港内にSCU立ち上げのための医療資器材他必要物品を整備しておくことが必須と考える。

以下に、上記の重症外傷の例に対して、具体的に必要な医療器材を列記する。準備すべき医療資器材の数は、ここに記載したものに想定される患者数を乗じることにより算出できる。

血気胸 (1名につき) × 想定患者数

酸素マスク/気管挿管チューブ

酸素ボンベ/酸素流量計/酸素投与チューブ

胸腔ドレーンキット

器械 (メス、ペアン数本); chest tube用小セット

消毒セット

局麻セット

点滴セット

輸液剤

重症頭部外傷 (1名につき) × 想定患者数

気管挿管チューブ

酸素ボンベ/酸素流量計/酸素投与チューブ

胃管

点滴セット

輸液剤、頭蓋内圧降下剤

クラッシュ症候群 (1名につき) × 想定患者数

心電図モニター

導尿カテーテル

点滴セット

胃管

大量輸液 (輸液剤数本)、メイロン

出血性ショック症例 (腹腔内出血、骨盤骨折等) (1名につき) × 想定患者数

気管挿管チューブ

胃管

酸素ボンベ/酸素流量計/酸素投与チューブ

点滴セット

大量輸液 (輸液剤数本)

共通器材

吸引器 相当数

吸引チューブ 相当数

喉頭鏡 相当数

ペンライト 数本

各種骨折固定用シーネ 相当数

各種チューブ固定用テープ 相当量

酒精綿 相当量 (管理が難しい)

導尿カテーテル (場合によっては紙おむつで代用)

嘔吐物入れ

疼痛対策のための各種鎮痛剤

医療ゴミ廃棄箱

点滴棒 (今回の訓練でも、点滴が地面に置かれたままであった) 患者数分

3. ステージング・ケア・ユニットを仲介した患者広域航空搬送における各ステップで行われるべき医療処置の明確化の必要性

今後、SCUへ搬入されてくる重症外傷患者に対して、その前の段階、具体的には、現場救護所や災害拠点病院で、どの程度までの医療行為を行っておくのか、事前の取り決めが必要と考える。その取り決めにより、SCUで行うべき医療行為の内容も確定され、医療資器材の準備も容易となる。各段階で推奨される医療行為を以下に整理する。

・現場救護所 トリアージ

・災害拠点病院

➤ 最低限の検査；そのデータやX線フィルムはどのように搬送するか？

➤ 安定化処置 (stabilization) →気道確保、外出血止血処置、静脈路確保、骨折固定

・ステージング・ケア・ユニット

1.安定化処置 (stabilization) の確認

2.航空搬送可否判断→基準の明確化

3.追加の気管挿管の判断

3.胸腔ドレーンの追加挿入

4.胃管挿入

・航空機内 基本的に追加の医療行為は行わない、管理/維持のみ

4. 患者搬送車について

患者4名搬送可能であり、SCUからヘリコプターまでの移送に是非するべきであると考えられる。しかし内部は狭く、点滴用の高さが確保できないことから、内部での医療行為は、基本的に不可能であると考えられるので、そのあたりを考慮して使用する必要がある。

5. 搬送人員について

SCU からヘリコプターへ患者を搬送する際には、多数の人員が必要となる。今回の4名の搬

送では、静岡県庁職員が対応していたが、実際の災害時に、遥かに多数の傷病者搬送に対応するには、どのように人員を確保するか、決めておく必要がある。

以上、 今回の訓練に参加しての反省点や今後の課題等についてまとめさせていただいた。重症患者搬送票など、広域航空搬送に関して、実践に即した計画が練られている事を実感できる様々な工夫も見られ、参加するものにとっても大変意義のある訓練でありました。訓練参加に当たって、様々なご配慮を頂いたことに感謝致します。

文責 国立病院東京災害医療センター 大友 康裕

平成15年度厚生労働科学研究事業

日本における災害拠点病院と災害時派遣医療チーム（DMAT）のあり方にかかわる研究

主任研究者；国立病院東京災害医療センター 辺見 弘

分担研究：災害医療従事者研修のあり方 第3回会議議事録

分担研究者；国立病院東京災害医療センター 大友 康裕

日時：平成15年11月6日（木） 15～18時

会場：国立病院東京災害医療センター 第1会議室

出席者

1. 富岡穰二（国立国際医療センター）
2. 近藤久禎（放射線医学総合研究所）
3. 堀内義仁（国立病院東京災害医療センター）
4. 本間正人（国立病院東京災害医療センター）
5. 井上潤一（国立病院東京災害医療センター）
6. 平沢愛雄（国立病院東京災害医療センター庶務課研修係）

資料1：第2回班会議議事録

資料2：Core course プログラム Ver.2.0

資料3：災害医療研修の一本化について（Dr 郡山から）

資料4：小村先生からの提案（e-mail）

資料5：災害医療概論プレゼンハンドアウト

資料6：WHO/EHA Disasters & Emergencies definitions

資料7：病院の災害対応計画 Check list 作成のための参考資料

資料8：講義5「実習 災害現場での傷病者観察手順とトリアージ」

資料9：災害時トリアージ机上シミュレーションプレゼンハンドアウト

資料10：災害訓練の問題点プレゼンハンドアウト

資料11：自施設の対応能力評価プレゼンハンドアウト

研究会議討議内容整理

1. 合意事項確認

(ア) 本分担研究班の最終的アウトプットとして、各都道府県で行われる災害従事者研修会のモデルコースを提案する。

(イ) 各都道府県のどこで誰が行っても一定の水準の研修会が行われることを目的とする。

※コースの質の保障という観点から、各地域でコース開催される際に、本研究班のコアメンバーが最低一人参加して、コース運営・内容の質の管理を行う。

(ウ) 推奨プログラムは下記のような構成となる。

① Core course(standard course)

- ・ これは災害医療教育のゴールドスタンダードとしての minimal requirement の内容のみを盛り込む。

(ア) 1泊2日(2泊3日を改変)のコースとなるよう内容を絞り込む。

(イ) 対象とする受講者は40名程度(5人1チームで8チーム)を想定する。

② DMAT advanced course

- ・ 1日半コースであり遠隔地への派遣医療チームに関して、派遣の流れ/任務別のトレーニング

- ・ 目的

(ア) 災害派遣時を想定した研修

(イ) 特殊な派遣目的(US&R, NBC, 広域航空搬送等)に対応できる医療チームの研修

- ・ スケジュール

(ア) 1日目;災害派遣概論

(イ) 2日目;3つの optional course

① Confined space medicine(US&R)実践コース

② NBC 現場活動コース

③ 広域航空搬送実践コース

③ Optional course

1. 災害対応マニュアル作成実践コース

2. 消去 Confined space medicine 実践コース (DMAT advanced course へ移行)

3. NBC 実践コース; core course で NBC に関する基本的で重要な事