

## 応援隊の派遣状況

救急隊が救助、消防隊等と共に派遣 9  
 救急隊が独立派遣 4  
 救急隊のみ派遣 6  
 救急隊以外のみ派遣 1

時間	消防本部名	救急隊		指揮隊		救助隊		消火部隊		支援隊	
		隊数	人員	隊数	人員	隊数	人員	隊数	人員	隊数	人員
1 11:44	小千谷/消防	1	3								
2 12:10	魚沼/消防	1	3								
3 12:33	小千谷/消防							1	5		
4 12:40	十日町/消防	1	3								
5 12:41	十日町/消防					1	5				
6 12:42	十日町/消防										1 2
7 12:44	上越/消防	1	3			1	5	1	5	1	2
8 12:45	十日町/消防							1	5		
9 12:58	新潟/消防			先遣隊	3						
10 12:58	長岡/消防	2	6	1	3	1	5	1	5	1	2
11 12:58	見附/消防	1	3			1	4				
12 13:01	南魚沼/消防					1	5				1 2
13 13:10	魚沼/消防							1	5	1	3
14 13:13	燕・弥彦/消防	1	3			1	5			1	1
15 13:15	南魚沼/消防	1	3								
16 13:30	加茂/消防	1	3								
17 13:42	十日町/消防										1 2
18 14:00	三島/消防	1	3			1	5				
19 14:32	新潟/消防	2	6	1	3	1	4	1	4	1	4
20 14:38	新潟田/消防	1	3			1	5				
21 14:55	糸魚川/消防	1	3							1	2
22 15:00	燕・弥彦/消防	1	3								
23 15:00	五島/消防	1	3								
24 15:00	上越/消防	1	3								
25 15:37	十日町/消防	1	3								
26 16:15	阿賀野/消防	1	3								
27 16:36	南魚沼/消防	1	3								
28 18:00	岩船/消防					1	5			1	2
29 18:00	阿賀野/消防	1	3								
30 18:07	佐渡/消防	1	3			1	5	1	5	1	2
		23	69	2	9	11	53	7	34	11	24

## 中越沖地震の教訓

- 救命救急のニーズは当日17時頃まででほぼ収束した。
- 重症者の多くは自力などで病院へきた。
- 救急車は現場、転院、救助に優先順位をつけずに出場した。
- 応援救急隊は消防隊と一緒に移動してきた消防本部があった。
- 119番通報が不通となった時間もあった。

## 中越沖地震からの課題

- ・ 転院搬送に優先的に資源投入
- ・ 救助現場には患者発見後、救急車は出場
- ・ 応援救急隊の先行、独立運用
- ・ 応援救急隊とDMATの連携
- ・ 消防からの受け入れ確認は省き、病院は、来院した患者を全てについて初期診療を実施

資料

災害時医療コーディネーター

## 災害システムの整備 「災害時医療コーディネーター」

長岡赤十字病院救命救急センター 内藤 万砂文

### 1. 災害対策本部の役割

災害時には行政の災害対策本部の最大の関心事はライフラインの復旧であり、医療への対応を期待することは難しい。しかし被災者の医療ニーズを汲み取り、医療支援を受け入れる「医療の窓口」は必要である。

### 2. 新潟県中越地震（2004）において

新潟県中越地震において全国各地から医療支援を得たが、その調整を行う組織が明らかでなかった。支援医療班の無秩序な活動はダブルスタンダードの医療の弊害をきたし、避難所への支援が不均等かつ継続性のないものとなる。結果的に被災者が混乱することになった。この反省から新潟県は災害時対応マニュアルの改訂を行い、「被災地を所管する保健所長が災害時医療コーディネーターとなり、被災地での医療救援の窓口となる」ことを決めた。

### 3. 新潟県中越沖地震（2007）において

新潟県中越沖地震において地域の保健所長が医療コーディネーターを務め「医療の窓口」の役割を果たした。医師会と協働し医療対策本部を設置し、保健師と連携し避難所情報や医療ニーズの把握に努めた。支援代表者を交えてのミーティングを連日行い、調整のもとで役割分担が決定されたため、380 チームもの多くの救護班が混乱なく活動することができた。また医療コーディネーターを支えた多くの組織があったことも忘れてはならない。初動期には DMAT および災害時医療に精通した医療チームがサポート役を行った。被災県の大学病院、赤十字、県内保健所および県保健部も積極的に支援した。保健所長が医療コーディネーターを務めたことで、県行政や県内病院の積極的な災害医療への参加につながったことも見逃すことはできない。

### 4. 災害時医療コーディネーターはどうあるべきか？

災害時医療コーディネーターは必要である。近年、災害時医療に対するモチベーションの高まりが顕著で、日本全国から多数のチームが救護活動に参加するようになってきている。ますます調整が必要な状況であり、コーディネーターは欠かせない存在となった。誰がその役割を担うかは地域ごとに異なるであろう。地域の事情に通じていること、多岐にわたる問題の調整が求められることや避難所撤収までの長期間の業務になることを考慮すると、チームとして業務にあたるのが現実的と思われる。被災地の医療をコーディネートするのは「地域の医療者」である。医師会、中核病院、赤十字、大学病院や保健所など災害時に対応を求められる組織は顔の見える関係構築を進め、コーディネートシステムを平時から考えておくことが重要と思われる。超急性期にかけつけ災害時医療に精通している DMAT への期待も大きい。大災害発生時には本来業務である救命医療を優先せざるをえない。しかし地元の DMAT はコーディネートチーム連携の中心的役割を果たせる存在であるため、余力があれば積極的に関与すべきと考えている。

### 【災害システムの整備】

#### 災害時医療コーディネーター

長岡赤十字病院救命救急センター 内藤 万砂文

### 【災害システムの整備】

#### 災害時医療コーディネーター

1. 災害対策本部の役割
2. 新潟県中越地震において
3. 新潟県中越沖地震において
4. 災害時医療コーディネーターはどうあるべきか？

#### 災害対策本部の役割

災害発生時には災害対策本部（行政）の関心事は「ライフラインの復旧」であり、「医療」への対応を期待することは難しい。

しかし災害時には

- ・被災者の医療ニーズの把握
- ・医療支援の受け入れ、調整 は欠かせない

「医療の窓口」は必要である。

#### 新潟県中越地震（2004）において

「医療の窓口」は明確ではなかった。

- ・避難所に複数の救護班  
ダブルスタンダードの医療の弊害  
同じ質問に被災者が疲労困憊
- ・支援の届かない避難所の存在
- ・継続性のない救護

無秩序な救護活動で被災者は混乱した

#### 災害時医療救護活動マニュアル (2006,9 新潟県福祉保健部)

##### 【災害医療コーディネーターの配置】

被災地を所管する保健所長が災害医療コーディネーターとなり、被災地での医療支援の窓口として、被災状況等の情報収集、提供や医療全般にわたる要請に対応するとともに関係機関との連携による災害医療の企画・調整を行います。

#### 新潟県中越沖地震（2007）において 保健所長が「医療コーディネーター」を務め、 「医療の窓口」の役割を果たした。

- ・医療対策本部の設置
- ・保健師と連携
- ・避難所情報の把握
- ・医療ニーズの集約
- ・支援救護班の調整
- ・代表者によるミーティング

多数（380チーム）の支援救護班が調整下に  
混乱なく活動できた。

新潟県中越沖地震（2007）において

「医療コーディネーター」を多くの者が支えた。

- ・保健所長がコーディネーター
- ・初動期にはDMATが代行
- ・医師会長、副会長が協働
- ・災害時医療に精通したチームが支援
- ・被災地の関係者も支援  
大学病院、赤十字、他保健所および県保健部

新潟県中越沖地震（2007）において

保健所長がコーディネーターを務めたことの意義

- ・行政が災害医療の最前線に参入
- ・県保健部が医療状況を把握し介入
- ・県内病院の積極的な災害医療への参加  
公立病院、大学病院など

災害時医療コーディネーターは  
どうあるべきか？

コーディネーターは必要か？

- ・災害医療への関心が高まっている。
- ・全国から多数のチームが救護活動に参加する。

ますます調整が必要な状況となっており、  
コーディネーターは欠かせない存在となった。

災害時医療コーディネーターは  
どうあるべきか？

誰が担当する？

- コーディネーターは
- ・地域の事情に通じていること
  - ・多岐にわたる問題を調整
  - ・避難所撤収までの長期間を担当

チームとして業務にあたるのが現実的  
医師会、中核病院、日本赤十字、大学病院、  
保健所など

災害時医療コーディネーターは  
どうあるべきか？

DMATはどう関与するべきか？

- ・本来業務ではない
- ・大災害発生時には「救命医療」に忙殺される。

しかし地元のDMATはコーディネートチーム連携の  
中心的役割を果たせる。

余力があればDMATも積極的に関与すべき。

災害時医療コーディネーターは  
どうあるべきか？

平時からの準備をどうするか？

被災地の医療をコーディネートするのは  
「被災地の医療者」である。

地域ごとにコーディネートシステムを  
考えておくことが必要と思われる。

資料

域内搬送

## § 2 災害急性期の医療(DMAT など)

### 3) 域内搬送

日本医科大学千葉北総病院 救命救急センター  
松本 尚

本章では、新潟県中越沖地震における傷病者の「域内搬送」の概要と問題点について報告する。ここでの「域内搬送」とは、主たる被災地(柏崎市内)およびその周辺地域内での傷病者搬送のことをいい、今回の地震においては概ね新潟県内を示すこととする。

#### 1. 域内搬送システム

搬送手段について、ヘリコプター搬送(以下、ヘリ搬送)は新潟県災害対策本部内の統括調整部・広域応援救助班(以下、県災対本部)が、救急車搬送は柏崎市消防本部(以下、柏崎消防)の現地指揮官が、それぞれヘリコプター/救急車の確保を実施した(ドクターヘリは別動)。一方、刈羽郡総合病院のDMAT 現地本部(統括 DMAT)は、搬送トリアージの実施をすすめながらヘリ搬送を県災対本部に衛星電話回線を通じて依頼し、救急車搬送は傍らに在る柏崎消防現地指揮官に直接依頼する形で、最終的な域内搬送のシステムが確立された。

ヘリ搬送では、柏崎市内の佐藤池球場駐車場が臨時ヘリポートとして開設され、ここを基点として新潟市内の新潟県庁臨時ヘリポートおよび長岡赤十字病院ヘリポート、長岡中央病院近隣の臨時ヘリポートに傷病者を搬送した。また救急車搬送では、救急車は柏崎市消防本部をはじめ近隣消防本部の車両を確保し、長岡市および十日町へ傷病者を搬送した。

新潟市内へヘリ搬送した症例が、その先どの医療機関(新潟大学病院/新潟市民病院)へ搬送するのかわからず、同乗した DMAT が臨時ヘリポートで困惑した例などから、急性期の混乱した状態での搬送先の選定は極めて複雑な作業であったことが伺えた。このため、すべての域内搬送対象傷病者を長岡赤十字病院に一旦集約し、同院で必要な転送先を調整することとして、救急車搬送の大半を実施した。このように長岡赤十字病院を SCU 的に活用したこの方法は、域内搬送における最前線での搬送先選定の負担を軽減化でき、有効なアイデアであったと考えられた。

今回の域内搬送システムは、発災直後から計画的に構築されていたものではない。後述するように、千葉県 DMAT のドクターヘリ到着時には既に自衛隊ヘリが傷病者を機内に搬入していたことから、おそらく、刈羽郡総合病院では DMAT 到着以前の早い時期からヘリ搬送のための調整を模索していたものと推察される。その後、同病院での搬送トリアージ開始から以後は、統括 DMAT と柏崎消防の現地指揮官が協議しつつ域内搬送が組織化されたと判断できる。幸いなことに、被災地域が比較的限局していたこと、トリアージ区分の「赤」の傷病者数が少なかったことなどから、傷病者搬送の「需要」よりも搬送ツールの「供給」が上回っていたために混乱は少なかったと思われるが、発災後早期に域内搬送のシステムを確立することは、現場での混乱を回避できるばかりでなく、広域搬送計画の実行にも大きな影響を与えるものであり、統括 DMAT の重要な任務として位置づけられるべきである。

## 2. DMAT の関与した域内傷病者

域内搬送の対象となったのは刈羽郡総合病院においてトリアージ区分が「赤」と判断された症例、同院内で発症した急性期病態の症例、さらに同病院での X 線写真撮影が不可能になっていたために画像による診断が必要とされた症例である。域内搬送は主として発災当日の 7 月 16 日に空路もしくは陸路により行われ、搬送およびその順位の決定、搬送手段の手配、搬送時の医師・看護師同乗など DMAT の関与した事例は 28 例であった(下表【域内搬送傷病者一覧】参照)。

このうちヘリコプターによる空路搬送は 10 例で、ドクターヘリ 2 件 3 例、自衛隊ヘリ 3 件 4 例、その他新潟県防災ヘリ、海上保安庁ヘリ、横浜市消防ヘリが各 1 件 1 例であった。空路搬送はすべて DMAT ではないが全例で医師が同乗していた。一方、18 例の陸路搬送はすべて消防機関に所属する救急車で行われ、傷病者の緊急度・重症度は高くなかったために、下記に示す症例 28 以外は医師の同乗は行っていない。

症例 1～5 は緊急性が高く、DMAT の関与は不可欠であったと考えられる。とりわけ症例 1,2 は、佐藤池球場駐車場臨時ヘリポートで自衛隊ヘリ(UH-1)内に搬入直後に千葉県 DMAT のドクターヘリが着陸、医師の同乗を依頼され千葉県 DMAT 医師 1 名が UH-1 に同乗したものである。患者は腹腔内出血疑いのショック状態(症例 1)と、ショックを伴う頭部外傷(症例 2)であり、UH-1 機内にて急速輸液を実施し循環を維持、搬送先医療機関到着時にはいずれもショック状態を離脱できていた。搬送途上の DMAT の処置が奏功した貴重な症例であり、とくに症例 1 は入院後に開腹手術を要するまでの病態であったことを鑑みると、PTD を未然に防ぐことができたと強く推察されるものである。

【中越沖地震 域内搬送傷病者一覧(DMAT 関与分)】

症例	年齢	性別	診断、症状	搬送先	搬送方法	出発時間
1	30代	F	出血性ショック、肝損傷	長岡中央	自衛隊ヘリ	13:38
2	40代	M	出血性ショック、浅側頭動脈損傷	長岡中央	自衛隊ヘリ	13:38
3	63	M	急性心筋梗塞	新潟市民	自衛隊ヘリ	14:00
4	48	M	骨盤骨折	長岡日赤	ドクターヘリ	14:20
5	56	F	頭部外傷	新潟大学	自衛隊ヘリ	14:55
6	36	M	左下肢靭帯損傷	新潟市民	ドクターヘリ	15:29
7	6	F	頭部・両足打撲	新潟市民	ドクターヘリ	15:29
8	79	F	右胸部打撲	長岡日赤	新潟防災ヘリ	15:44
9	58	M	腸閉塞(院内急変)	新潟大学	海保ヘリ	16:55
10	87	M	頸椎骨折、中心性頸髄損傷、下肢捻挫	新潟大学	横浜消防ヘリ	17:45
11	88	F	左大腿骨頭部骨折	十日町	救急車	15:30
12	9	F	右頭部切創、左下肢骨折	長岡日赤	救急車	15:38
13	7	M	右大腿骨骨折	長岡日赤	救急車	15:38
14	48	M	右前腕開放骨折	十日町	救急車	16:00
15	53	F	左下腿骨折	十日町	救急車	16:00
16	78	F	左足デグローピング損傷	長岡日赤	救急車	16:00
17	74	F	左大腿骨骨折	十日町	救急車	16:29
18	17	F	脳振盪	十日町	救急車	16:29
19	39	F	左下腿骨折	長岡日赤	救急車	16:42
20	71	M	左手小指挫創	長岡日赤	救急車	16:42
21	51	F	左足関節骨折	長岡日赤	救急車	16:42
22	81	F	右大腿骨頭部骨折	長岡中央	救急車	16:58
23	86	M	急性膵炎	長岡日赤	救急車	16:59
24	58	F	恥坐骨骨折	長岡日赤	救急車	17:05
25	22	M	腰椎骨折	十日町	救急車	17:33
26	69	M	慢性呼吸不全、発熱	十日町	救急車	17:44
27	79	M	左大腿骨頭部骨折	長岡中央	救急車	18:53
28	74	F	脳出血	新潟労災	救急車	22:35

### 3. 域内搬送についての考察

今回の域内搬送では、発災当日に8件10例のヘリ搬送が実施された。5つもの異なる機関によるヘリ搬送が行われたのは、わが国の災害史上、またDMAT体制の確立後も初めてのことであり(JR福知山線列車脱線事故では、消防防災ヘリ3機による10件10例の搬送)、災害時のヘリ搬送に関しては一定の成果を収めたものといえる。また、陸路による搬送については、傷病者数に比して搬送車両が確保できていたために大きな混乱はみられなかった。その一方で、域内搬送に関わる幾つかの課題も明らかとなった。

#### 1) ヘリ搬送

県災対本部と刈羽郡総合病院の統括DMATとの間で情報の交換を行いつつ、自衛隊ヘリ、海上保安庁ヘリ、新潟県防災ヘリ、横浜市消防ヘリによる搬送が調整された。複数の機関のヘリコプターを一元管理できた点は、現場DMATの作業を大幅に軽減したといえる。一方で、ヘリを管制している県災対本部と現場(刈羽郡総合病院)が離れていたために情報交換の円滑性に欠け、必要時に迅速に対応できなかつたなど機動力に乏しい面もみられた。

他方、ドクターヘリは新潟県ではドクターヘリが未導入であることからDMATが独自に管制を行い、域内搬送を実施した。刈羽郡総合病院の現場から直接ドクターヘリに情報を与えることができたためにリアルタイムに搬送を行うことが可能であったが、後述する燃料補給体制の不備で迅速性が損なわれていた。今後、被災地域の災害対策本部がドクターヘリの特徴を理解できていれば、現場が災害医療専用利用できる理想的なツールとなることが期待できる。

以上より、現場としては傷病者を搬出したいときにすぐにヘリコプターが利用可能であることが理想であり、できうる限りこの体制を具現化するべくDMATとヘリ管制部所との情報経路のあり方を検討しなければならないと考える。

#### 2) DMAT配置

症例3は刈羽郡総合病院でのDMAT活動が機能する前に、搬送先および搭乗機が明確でないままに臨時ヘリポートに出発していたため、結果的にヘリポートに長時間残されていたという事例であった。また、DMAT到着前であったが、ヘリ搬送を期待して臨時ヘリポートで待機中に心停止となり刈羽郡総合病院へ引き返した症例(骨盤骨折、左上腕骨骨折)のあることも判明した。傷病者の搬送に際しては、傷病者情報と搬送ツール、搬送先の確保状況を調整する必要があり、不用意な搬出はこのような事態を招くことになる。現場における情報処理能力を高めた上でこのような事態に対応するため、臨時ヘリポートにSCUを設置し、DMATを配置しておくべきである。

また、症例5では自衛隊ヘリによる搬送を行ったDMAT隊員が帰路の搭乗ができずに新潟県庁臨時ヘリポートに置き去りにされるなど、自衛隊ヘリや消防防災ヘリを必ずしもDMAT専用に活用できたわけではなかった。これらの機関の所属するヘリは、各機関の任務の傍ら傷病者搬送に協力している側面も大きく、DMATがそれらに自らの活動のすべてを委ねることは困難である。上記のような場合には、DMATは‘使い捨て’となることもやむを得ないことを認識しなければならず、さらには、このことを見越したDMATの投入も考慮しなければならない。

#### 3) ロジスティクス

ドクターヘリの給油については、ロジスティクスの問題が浮き彫りとなった。今回の出動では比較的近隣に新潟空港が位置していたために給油が容易に行えたが、被災地の場所によってはこれが困難になることも十分に予想される。さらに、新潟空港では押し寄せる報道ヘリ等への給油とドクターヘリのそれとが同じレベルで行われていたために、1回目の給油では19分、2回目に至っては30分を要し、域内搬送への復帰に多くの時間を費やした。医療用ヘリの給油に対するpriorityの必要性を社会全体の共通認識とすることが重要である。

域内/域外の搬送にかかわらずDMATが傷病者に同乗することにより、同時に医療資器材(心電図モニターや人工呼吸器、酸素ボンベなど)も現場から流出することになる。あるいはDMATが同乗しない場合にも同様である。これらの医療資器材のロジスティクスの問題は深刻であるが、解決の糸口はつかめてはいない。

#### 4. まとめ

今回の域内搬送を一つの「ユニット」と考えれば、想定される東海地震などではこの「ユニット」がいくつも存在することが予測される。その場合には、「需要」と「供給」のバランスが崩れ大きな混乱を生じる可能性が大きく、上記に示した課題を早急に解決しておく必要がある。とりわけ、空路/陸路を問わず、搬送のための医療資源を有効に利用するための情報収集と処理の能力を高めておくことは、何よりも喫緊の課題である。

陸路搬送について今回は大きな問題は生じなかったが、天候不良時や夜間などヘリ搬送が制約を受ける環境を含めて陸路搬送が域内搬送の主体となることは間違いない。この場合、救急車の確保がもっとも重要な課題となる。DMAT の移動車両や他地域の消防機関の応援にも期待できるが、域内搬送の場合には地理的な知識の有無が搬送の迅速性に与える影響は大きく、地元消防機関に大きな期待と負担がかかることが予想される。

今回は初めてドクターヘリが域内搬送に関わった地震災害であった。自衛隊ヘリや消防防災ヘリとは異なり、ドクターヘリは救急医療専用利用されているため、災害時にドクターヘリが出勤することによって現場の DMAT はドクターヘリを自由な裁量下に利用できる体制を保有できる。今回の経験を通して、ドクターヘリの活用は傷病者搬送のニーズに即応できることが明確となった。すなわちドクターヘリは、災害現場において自らの航空搬送ツールを保持しない DMAT にとってその活動に絶対的機動力を与える強力な武器となる。「救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法」によってドクターヘリの全国的な配備が進めば、被災地内で活動するドクターヘリ「群」が登場することが予想されるが、このとき、自衛隊ヘリや消防防災ヘリなどとともに被災地空域の運航上の管制は一元化するとしても、傷病者搬送という医療の側面からは DMAT 自身の裁量でドクターヘリをコントロールする体制の確立を目指すべきである。また、ヘリ搬送に関わる管制部所は統括 DMAT と同じ場所に設置すること、将来的なドクターヘリ「群」の管制は日常的なドクターヘリの運用体制の延長線上に行うこと、などが必要であると思われる。

資料

## 高度化の観点から見る教訓の整理

健康危機・大規模災害に対する初動期医療体制のあり方に関する研究  
主任研究者 国立病院機構 災害医療センター 院長 辺見 弘

第2回 新潟県中越沖地震DMAT活動検証会

### 課題報告

## 高度化の観点から見る教訓の整理

平成20年1月29日  
防衛医科大学校  
防衛医学講座  
山田 憲彦  
(辺見班分担研究者)

### 検討方法

前回の資料を、時系列(起承転結)的に、  
DMAT運用の高度化の観点より再検証

—より迅速、より効果的、より広域、より快適—

留意事項:

“面”の規模の災害に対応可能な仕組みの必要性  
今後の方向性の再検討も必要(井上報告「まとめ」)  
→この指摘の意義を特に重視した。(研究班の観点)  
∴中小規模のNCOの段階的拡張  
→大規模災害のNCO

## 渉猟資料

1. 熊谷 譲:「平成19年新潟県中越沖地震におけるDMAT活動報告」(含;アンケート)
2. 林 達彦:「総務省・消防庁「災害時における消防と医療の連携に関する検討会」の報告書(中間とりまとめ)の公表」
3. 松本 尚:「平成19年新潟県中越沖地震におけるDMAT活動報告」
4. 井上 潤一:「統括DMAT補佐(調整担当)から見たDMATの意義と10の課題」
5. 石原 哲:「新潟中越沖地震 柏崎医師会支援」
6. 内藤 万砂文:「新潟県中越沖地震での医療救援においてDMATが果たした役割」

掲載順は、第1回検証会の例に拠る。

## 時系列

- I 起 (動き出すまで)
- II 承 (現地に着くまで)
- III 転 (任務付与まで)
- IV 結 (任務執行:PDの抑制)
- V 後 (その後)
- VI 他 (その他)

「起:動き出すまで」

1. DMAT要請の遅れ→布施先生

② 近隣・遠隔別DMAT要請体制

(1) 要請第1報は、近隣→遠隔に拡大

(2) 待機要請中に遠隔のDMAT出動?

(熊谷資料アンケート○派遣要請)

→段階的拡張の考え方に準拠した、より合理的な要請要領の策定が必要

「起:動き出すまで」

③ 派遣要請受領後の反応・対応の遅れ

(1) 県など行政

要請受領後の各県の反応が遅or無

(熊谷資料アンケート○派遣要請)

→県内・隣県・域外等への派遣計画

(2) 病院・DMAT

要請を受けた後の判断と準備態勢

(熊谷資料アンケート○院内体制)

→派遣元病院の派遣計画

→即応DMATの整備(県レベル)

### 即応DMATの整備

－広域緊急医療体制の基本的要件－

#### 1. 県レベルの災害待機DMAT

それが可能な平時の救急医療体制の  
強化&整備

#### 2. 各県1チーム(以上)

例;3時間以内に派遣可能

#### 3. 災害時の意義

- (1) 広域対応即応リソース
- (2) 隣県対応即応リソース
- (3) 県内災害対応即応リソース

### 即応DMATの整備

#### 4. 効果

- (1) 要請後派遣決定までの時間ラグ短縮  
各チームが、派遣判断に逡巡した。  
(熊谷アンケート○院内体制)
- (2) 深刻なたらい回し症例への対応  
≡二重の救急待機態勢
- (3) 災害急性期にreliableな救急医療リソース  
の明確化(養成数≠即応可能数)  
→移動支援ツールの要請が容易  
→災害対策計画の信頼性向上

### 即応DMATの整備

#### 5. 他の課題との関係

- (1) 遠隔・近隣地別の合理的な派遣要請
- (2) 県内外への派遣計画の策定
- (3) 派遣元病院の派遣計画の策定

全て「迅速に派遣できるDMATの把握」が、基本要件になっている。

∴ 県別即応DMAT制度の導入

or それが可能なら日常の救急医療体制の強化・整備が、最も根源的な課題では？

### 即応DMATの整備

— 思うこと…！ —

災害医療は、救急医療の延長と言うが…；

1. 疲弊しつつある日常の救急医療体制にさらに無理を強いるのか？
2. 災害時の救急医療所要を見越した、日常の救急医療体制を構築するのか？

災害医療体制整備の基本的な考え方を1・2のどちらに置くのか？、じっくりと考える時期に来ている。

● 「承：現地に着くまで」

1. 緊急車両の認定→本間先生

② 移動手段の確保

そもそも車両が配備されていない。

陸路×の場合、どうすれば良いのか？

(熊谷資料アンケート○現地への移動)

→NCO等による迅速なalternate確保

● 「承：現地に着くまで」

③ 移動経路の提示

(1) 派遣元病院への依存の現状

(熊谷資料アンケート【うまく機能した点】)

(2) 要望等

現地へのアクセスの方法を集約化して  
共有できる体制を希望

(熊谷資料アンケート○現地での連絡・連携体制)

現場へのアクセルートの開示(EMIS経由)

(熊谷資料アンケート○現地への移動)

庄野

→GIS等による関連情報の集約・表示・共有

●

**「転: 任務付与まで」**

1. 拠点病院における混乱→熊谷先生
  - △ 2. 統括DMATの能力・態勢→森野先生
    - 専門性の高い業務が大量に存在 —
    - 1チームでは困難、ベテラン等のサポートが必要 (熊谷報告iv頁、松本報告4頁)
    - 激務→体制(含:交代)必要 (井上報告課題1)
- (1) 情報処理能力(必要な専門職)
- 独自の情報収集能力(熊谷報告v頁)
  - 周辺病院のニーズ把握(〃アンケート〇現地での〃)
  - 医療ニーズの早期把握の必要性(〃〇現地DMAT〃)

●

**「転: 任務付与まで」**

- (1) 情報処理能力(必要な専門職)続き
- 当日2013「DMATも救護所医療実施」  
(林報告4頁)
- △ 2. どこまで伝わり、どのように活用されたか?  
指揮・統制・通信
- 通信→本間先生、資器材→井上先生
- 急性期の救援医療体制(調整)の枠組み  
の立ち上げでも主体的役割  
(林、松本、井上、内藤報告等)
- 統括DMATの調整統制機能は、皆のもの?  
その他の問題は、4項参照

● 「転：任務付与まで」

(3) 交代要領

チームリーダーの疲労

(熊谷アンケート○現地DMAT本部・災害対策本部)

(井上報告課題1)

③ 任務と手持ちリソースの乖離

現場でのCPAに対応(熊谷報告 iii 頁)

外傷装備≠避難所健康管理

(熊谷アンケート○現地での活動)

● 「転：任務付与まで」

△ 4. 他の関連活動との連携(林・井上・石原・内藤各先生)

(1) 現地対策本部(自治体)

(2) 医療対策本部(医師会・日赤等)

(3) 災害医療コーディネーター(保健所)

DMAT以外の救護班との連携不足

(熊谷報告 iv 頁)

より広域なら、災対本部との連携重要

(熊谷アンケート○現地DMAT本部・災害対策本部等)

DMAT本部と医療対策本部(元気館)距離大

(熊谷アンケート○現地での連絡・連携体制)