

6) 石巻赤十字病院

宮城県が指定した災害医療コーディネーターを中心に「石巻圏合同救護チーム」を設置し、関係諸機関とのネットワークを構築した。災害医療コーディネーターは外部支援の参謀により継続的に支えられた。

5. 受け入れ体制の人員構成に過不足はなかったか。

1) 釜石市

大いに不足していた。

2) 岩手県立釜石病院

無回答

3) 宮古市

人員構成は不足した。理想的にはシフト制が必要であった。

4) 岩手県立宮古病院

無回答

5) 大船渡市

大船渡市内は病院のみではなく市役所、警察、消防はすべて機能が完全に残り、医療救護班運営のための人員は概ね確保されていた。

6) 石巻赤十字病院

特になかった。

6. 体制が構築された場合、構築は具体的にいつから始まったか。

1) 釜石市

3月15日

2) 岩手県立釜石病院

無回答

3) 宮古市

山田地区は3月14日、宮古地区は3月19日前後から始まった。

4) 岩手県立宮古病院

無回答

5) 大船渡市

3月12日夜に県立大船渡病院医師（統括 DMAT 登録者）が大船渡市保健福祉課課長の了解のうえ、市保健福祉課（保健センター）での医療救護班などの一元管理を行うための責任者（臨時大船渡保健所コンサルタント、臨時大船渡市保健福祉課コンサルタント）として入り、添付図の如く各地区の最も多くの避難者のいるところに救護所を設置し救護班を常駐、その地区の他の避難所の医療ニーズなどの情報収集、保健活動などのために市や市外からの支援保健師チームを専従するように配置した。

6) 石巻赤十字病院

3/16の時点で DMAT は撤収し、日赤救護班のみが残った。そのまま当院が現地拠点本部となった。当初、石巻圏に入るチームすべてが当院に参集するわけではなかったので、3/18-3/22の間に各組織と調整し、3/20に石巻圏合同救護チームを立ち上げ、以後石巻圏に入る救護チームはすべてこの合同救護チームに登録し、一元的に管理された。

7. 救護班受け入れに関する調整相手はどこの組織のどの部門・部署（誰、班構成等）であったか。それは事前に決められていたか否か、どのように決められたか、その理由。

1) 釜石市

当初は各支援チームの調整員や責任者、支援期間などの大きな調整に関しては派遣元である各県庁や各県・市医師会の担当者。岩手県災害支援ネットワーク完成後は大きな調整はネットワークを行い、微調整は現地で直接支援班や派遣元と行った。

2) 岩手県立釜石病院

無回答

3) 宮古市

調整相手は、県保健福祉部医療推進課（県災害医療支援ネットワーク？）である。医療推進課は防災計画、当該業務を担うこととされていたが、県災害医療支援ネットワークは発災後新たに県が関係機関と設置した。

4) 岩手県立宮古病院

調整部署は当初明確でなく、保健所、医療局、岩手医科大学が独自に動いていたようだ。

5) 大船渡市

大船渡地区での医療救護班はすべてが大船渡病院か大船渡市に直接入ったチームであり、不足するチームの補充を県保健福祉部に依頼していたが同部は現場にまったく相談なく、県を介する救護班の調整を行い、このため4-5チーム以上がたらい回し状態となり現地にはいれることなく撤収した。非常に高いハードルのためであったということである。このため当地区にも県を介して入った救護班はまったくなかった。構造的には、調整相手は岩手県保健福祉部で、事前に地域防災計画でこの形は規定されていたが、結果的に機能しなかった。

6) 石巻赤十字病院

調整相手は宮城県健康福祉部医療整備課（県に救護希望を出してくる総合病院チームや医師会チームなど）と東北大学病院災害対策本部（全国の大学病院チームなど）、自衛隊、NPO 医療組織。事前には決められていなかった。合同救護チームを立ち上げるときにこれらの組織に受け入れ窓口になってもらうように調整した。自衛隊や、NPO については、合同救護チーム本部が直接受け入れの窓口になった。

8. 派遣元の個別の病院との調整は必要であったか否か、その理由。

1) 釜石市

必要なかった。ほとんどが県や医師会として取りまとめられての派遣であったため、支援班の所属先と調整や交渉はする必要がなかったし、するべきではないと考えたから。

2) 岩手県立釜石病院

無回答

3) 宮古市

派遣人員の確認（氏名、診療科等）のため必要な場合があった。

4) 岩手県立宮古病院

前述の事情により統合的な調節機関がないため直接交渉しか支援を得られなかった。

5) 大船渡市

派遣チームを介して派遣元の病院・組織と派遣期間などの調整を行い、直接の交渉は行わなかった。

6) 石巻赤十字病院

必要とした。どのエリアにどのタイミングで活動を開始してもらうか、ライン制でしたので、ライン当たりのトータルの可能活動期間はどのくらいにしてもらうかなどの調整が必要でした。

(注)「エリア」とは合同救護チームで決めた被災地の巡回区域を指す。「ライン」とはエリアごとに可能な限り同系列、同組織の救護班を割り当てる事により診療の継続性の維持を目的とするエリアの系列を指し、合わせて「エリアーライン制」と称する。エリアーライン制により、エリアの独自性や完結性を保つ事が可能となる。救護班のエリアへの割当は合同救護チーム本部により行われた。

9. 救護班受け入れにかかる体制構築のため、施設外から人的支援を受け入れたか否か、その理由。受け入れた場合の支援内容は。

1) 釜石市

受け入れた。役割分担が必要であったから。特に行政との情報の連携が最も重要だと考えたため、まずは釜石市と連携をスタートさせた。

2) 岩手県立釜石病院

無回答

3) 宮古市

受け入れていない。

4) 岩手県立宮古病院

無回答。

5) 大船渡市

システム構築のための外部からの人的支援はなかった。

6) 石巻赤十字病院

受け入れた。本部機能を維持するためには莫大なマンパワーを必要としたため、日赤本社との差配の下、全国の日赤病院や本社、支部より7/31まで延べ1173名の本具事務支援要員の支援を、また激増した急患対応のため、院内診療支援として、8/14までのべ3929名の支援を得た。

10. 救護班受け入れは実際にいつ頃（日時）から始まったか。

1) 釜石市

正式に本部が発足してからとすれば、3月16日。

2) 岩手県立釜石病院

無回答

3) 宮古市

山田地区3月14日前後、宮古地区3月19日前後。

4) 岩手県立宮古病院

前述

5) 大船渡市

3月14日から救護班が入り始めた。救護班の支援の入り口は、友好都市としての“銀河連邦（JAXAの施設のある市町村など）”を中心に大船渡市に直接入るか、あるいは自治医大や医療生協等は大船渡病院を介して大船渡市に入ったもの。

6) 石巻赤十字病院

3/12未明。

11. 受け入れ体制の継続（要員交代）に関する検討はなされたか。実際に交代が行われたか、行われなかったとすればその理由。

1) 釜石市

本部長としては構成員を交代等で休ませる立場にあったが自分も含め休める状態ではなかった。理由：どの組織も大きく被災しており、交代要員を出せる余裕がなかったこと、日々の業務内容の多さ、変化、各支援チームからの前日に出された『宿題』の解決など、申し送る事項が膨大かつ送り漏れが許されなかったこと、支援班も頻繁に交代する中で本部も交代すると、本部方針の一貫性などに混乱が生じると考えたから。常時役割ごとに複数体制がとれていれば交代は可能であったと考える。

2) 岩手県立釜石病院

無回答

3) 宮古市

県保健福祉部に対して県職員の派遣要請を行ったが、対応がなされなかった。

4) 岩手県立宮古病院

前述

5) 大船渡市

要員交代は救護班とその派遣元に一任したが、当初各チームに3～6か月程度の派遣を要望した。当市に入った救護班はこれによるためか、比較的長期に要員を交代しつつ長期に活動していただいた。

6) 石巻赤十字病院

責任者（災害医療コーディネーター）の交代は行われなかった。本部詰の事務要員は5-7日交替。責任者の変更は組織運営の一貫性を保つため、また本来業務である病院での診療業務を長期に離脱できるのは責任者の立場のみであったため。事務要員の交代は、日赤本社の方針。

12. 救護班の受入れに関する具体的な調整はどの部門・部署（誰、班員構成等）により行われたか。

1) 釜石市

調整の実務は本部長（釜石医師会）。

2) 岩手県立釜石病院

無回答

3) 宮古市

受け入れ体制の具体的な調整は、保健所長ほか宮古保健所管理課長、管理総括主査の3人である。この体制で、宮古地区及び山田地区で同時並行に医療支援チームとの調整会議を運営した。

4) 岩手県立宮古病院

院長、副院長、災害医療科長を始めとする院内の調整委員会を立ち上げた。

5) 大船渡市

大船渡市保健福祉課保健センターと同保健師のリーダーたる係長を中心に。

6) 石巻赤十字病院

合同救護チーム本部（事務リーダー、参謀、本部付支部職員など）。

13. 救護班の役割分担や配置を具体的に調整したのはどの部門・部署（誰、班員構成等）だったか。

1) 釜石市

本部長（釜石医師会）

2) 岩手県立釜石病院

無回答

3) 宮古市

設問12に同じ。

4) 岩手県立宮古病院

設問12に同じ。

5) 大船渡市

設問12に同じ。

6) 石巻赤十字病院

合同救護チーム本部（統括、参謀、事務リーダー）。

14. 救護班の支援内容。

1) 釜石市

(1)担当エリアの避難所、在宅避難者の医療管理、(2)救護所の設置・管理・運営、(3)情報の収集と報告、(4)本部方針への対応

2) 岩手県立釜石病院

無回答

3) 宮古市

避難所及び救護所を中心とした健康管理、診察、投薬、リハビリテーション、救急トリアージ（搬送同乗）、感染症対策、衛生対策等あり、チームによって異なっていた。

4) 岩手県立宮古病院

救急外来の初療

5) 大船渡市

避難所、救護所の巡回診療など。

6) 石巻赤十字病院

病院支援、避難所、救護所の巡回診療など。あらゆる情報提供、あらゆる要望に対する対応、ミーティング等で、合同救護チームとしての活動方針を共有した。

15. 避難所等、院外での支援を行った場合、支援先の調整の窓口はどの部門・部署（誰、班構成等）だったか。それは通常時から決まっていたか否か、どのように決められたか、その理由。

1) 釜石市

学校が避難所の場合は校長などの責任者、その他地域に作られた避難所では町内会長や避難所内で合意されたリーダーのような人、実情の把握は担当保健師などから聴取した。

2) 岩手県立釜石病院

無回答

3) 宮古市

当所の調整の対象となった救護班は避難所等、院外での支援を行ったもののみである。この役割分担は防災計画に基づくものと理解している。

4) 岩手県立宮古病院

行っていない。

5) 大船渡市

大船渡市保健福祉課保健センター。市の地域防災計画で事前に決まっていた。

6) 石巻赤十字病院

多くは避難所のリーダー、行政から派遣された避難所管理者。特に事前に決まっておらず。窓口は現場に派遣した救護チームの判断に任せた。

16. 支援の収束に向けた検討はいつから始まったか。

1) 釜石市

4月下旬ごろから。

2) 岩手県立釜石病院

無回答

3) 宮古市

山田、宮古地区とも4月上旬から。

4) 岩手県立宮古病院

調査中。

5) 大船渡市

おおよそ5月頃から。

6) 石巻赤十字病院

6月中旬

17. 支援の収束をきめる因子は何であったか。

1) 釜石市

医療班の意見、避難所保健師の意見、避難所責任者の意見、本部の意見の4つを勘案して決めた。医療支援チームそのものの撤退に関しては、避難所の縮小、道路・交通機関（通院手段）の復旧、被災医療機関の復旧、派遣元からの撤収依頼などの状況を勘案して決めた。

2) 岩手県立釜石病院

無回答。

3) 宮古市

支援ニーズ、地域の応急・復旧状況（医療機関の稼働状況、仮設住宅への移行状況、交通手段の状況等）、地元の安心感等を総合的に勘案。

4) 岩手県立宮古病院

無回答。

5) 大船渡市

もっとも大きな要因は救護所での受診患者数の推移であった。

6) 石巻赤十字病院

医療救護ニーズの減少および、地元医療（開業医など）が立ち上がってきたため。

18. 支援の収束を阻む因子は何であったか。

1) 釜石市

最大の要因は避難者の通院手段の確保が困難であったこと。

2) 岩手県立釜石病院

無回答

3) 宮古市

地域の医療機関の復旧状況。

4) 岩手県立宮古病院

無回答

5) 大船渡

開業医の診療所の復活状況と通院手段であるバスなどの交通手段の回復状況など。

6) 石巻赤十字病院

無医地域や回復の遅れた地域が残存し、移動手段の確保ができなかったこと。

19. 構築された体制の機能は十分であったと考えるか否か、その理由。

1) 釜石市

振り返れば十分であったとは言えない。医療支援の盲点として、現地災害対策本部のバックアップがあるかもしれない。

2) 岩手県立釜石病院

無回答

3) 宮古市

何を基準に十分と判断するかという課題もあるが、全体としては機能したと考えている。なお、一部、個別事項においては救護班から批判があったことは承知している。

4) 岩手県立宮古病院

無回答

5) 大船渡市

県外からの支援チームの現場への相談の内フィルタリングなどのため必要であった医療チーム数は得られなかったと考えられるが、その中で救護所のローテーションなど工夫を行うことで対処できた。

6) 石巻赤十字病院

及第点位と考える。足りなかったことは、依存していたエリア幹事（ライン）ごとの状況分析に差異が生じてしまったこと。幹事（ライン）の指名基準や幹事（ライン）の業務の標準化ができなかったのが主な理由と思われる。本部がもっと現場をきめ細かく視察などして、より正確な状況把握ができていればもっと効果的な活動ができたのではと思う。

20. 構築された体制の長所短所を簡潔に列挙し、今後解決すべき課題があれば記載してください。

1) 釜石市

長所：(1)指揮系統や連携系統（役割分担と連携）がスムーズにいった。(2)自治体（釜石市）との強い連携：医療のみならず道路情報やライフライン復旧などの正確な情報は自治体に集まった。正確な被災の全体状況を医療支援班に伝えるためにも自治体との連携は欠かせなかった。また正確な医療状況を自治体にあげることが可能であった。

短所：人員不足、訓練不足

2) 岩手県立釜石病院

無回答

3) 宮古市

長所：(1)救護班からの日報の集計、情報提供・共有等を反復したこと。(2)時点の上記情報等を踏まえて、調整会議等で方針を取りまとめ、活動を調整したこと。(3)被災状況の異なる山田・宮古に調整会議を設置し、個別状況に応じた対応に繋がったこと等

短所（課題）：(1)調整側のスタッフ不足、(2)調整側と救護側の共通認識（適正技術や管理すべき情報、地元主体へ移行していくこと等への認識）、(3)救護側の支援技術の標準化等

4) 岩手県立宮古病院

無回答

5) 大船渡市

今回のような体制が構築された背景には、大船渡保健所と釜石保健所の集約化のために大船渡市、陸前高田市にあるべき大船渡保健所を中心としたマネジメントの体制は構築不能であったことがある。このような状況の中、大船渡市では市保健福祉課に災害医療に精通する医師が入ることにより、医療救護班、保健師チーム、こころのケアチーム、理学療法士チーム、薬剤師チーム等の各種救護班を一元的にコーディネートし、それらのチームの情報を共有化し連携を密にし、有機的な活動を行うことができた。体制構築には県で構成したという各機関のネットワーク（いわて災害医療支援ネットワーク）からの支援は殆ど入らず、陸前高田市においても同様の状況であった。被災の現場への説明なども行われないうまま構築されたネットワークは結果的に気仙地区において機能することはなかった。事前計画の無い付け焼刃的な体制を泥縄的に作ったとしても十分機能しないことは今回の経験から明らかである。(注1)釜石地区では県からの派遣チームが入ったというが、ほとんどすべてのチームは釜石市などに入り、登録のみ県に行ったのが真の姿である。

(注2) 兵庫県、新潟県の災害医療の歴史・経験による災害医療コーディネートシステムを基本とする、現場の保健所などにコーディネートチームを構成し、それは各機関のメンバーで厚く構成され、そこからの情報・要求を県がリエゾンにおいて対応する方法が理想的であると考えられる。このために県の体制として、現場（保健所などの）医療マネジメントチームの強化を行い得るシステム構築、人的な研修などを平時から行う。現場の要求を受け取る、各医療機関、行政機関などのリエゾンも平時より任命し、研修教育を行うシステムを構築する。また現場の保健所などが当地の如く機能不全である場合、国レベルで医師であり行政の決定権をもった臨時の保健所長を早期に投入する必要性は大きい。さらに現場内医師会の役割としてマネジメントチームの一翼を担うシステムも必須である。

6) 石巻赤十字病院

長所：(1)ほぼオールジャパンの医療組織複合体を構築し、本部が統括と支援参謀により一括で運営・管理するチームとして活動することができたため、また本部支援参謀機能も有し、コマンドアンドコントロールがうまくいった。(2)被災地の巡回地域を区域（エリア）に分割し、日々の活動を支援救護チームの裁量に任せたことで、本部への負担が軽減され、比較的スムーズに運営できた。(3)活動内容を「医療」だけにとどまることなく、地域の衛生環境改善のための活動も行うことができた。

短所：設問19の通り。

課題：(1)今回のような合同救護チーム活動の遂行のためには、膨大な量の事務作業を要求される。幸い日赤本社のサポートがあり、本部付事務支援のマンパワーを確保できたが、来る災害で果たして同様のマンパワーを確保できるかどうか。(2)本部参謀機能を来る災害でも標準化。(3)幹事ラインの指名基準や幹事ライン業務の標準化。

研究成果3

東日本大震災における都道府県による被災者（患者）受入れの状況調査 （災害発生から2週間まで）

【対象：被災地外県医療班】

1. 被災県から被災者（患者）を受け入れるための体制は構築されたか否か、その体制は通常時に計画されていたか否か、構築されなかったとすれば、その理由は何か。

1) 秋田県

計画も構築もされていなかった。理由は、秋田県の災害医療計画は秋田県内での大規模災害を想定しての計画であったため。災害発生後に構築した。

2) 山形県

災害医療計画は主として県内での災害対応であり、被災県からの患者受け入れに関する明確な計画はなかった。災害発生後の構築となった。

3) 新潟県

通常時には計画は無かったが、災害発生後に構築した。

4) 群馬県

事前の計画としてはなかった。災害発生後に構築した。

2. 計画されていた場合、計画通りであったか、どのように違っていたか、その理由。

1) 秋田県

計画はなかった。

2) 山形県

計画はなかった。

3) 新潟県

計画はなかった。

4) 群馬県

計画はなかった。

3. 体制構築の中心（窓口）はどの部門・部署（誰、班の構成）だったか

1) 秋田県

急遽作った体制は秋田県災害医療対策本部で、医師である医療調整員（コーディネータ）1名が受入を県内医療機関に交渉し調整するものであった。

2) 山形県

災害発生時に立ち上がる総合調整班は県内の被災が重篤ではなかったため、形としては立ち上がりせず、各部署での役割分担が行われた。山形県健康福祉部地域医療対策課内に医療調整本部を設置し、地域医療対策課職員、医療調整員（DMAT 撤収後も統括 DMAT 登録者が医療調整員として継続的に機能した）を中心に構築し、搬送や避難所等に関して生活環境部危機管理課と調整した。

3) 新潟県

新潟県福祉保健部医務薬事課を中心に構築し、搬送に関し消防防災課と調整した。

4) 群馬県

患者受け入れ状況により体制構築が変化した。大掛かりなものは3回あり、群馬県健康福祉部医務課、前橋赤十字病院災害対策本部、群馬大学が中心となり体制を構築した。

4. 具体的な体制の組織図（人数）など。時間経過とともに体制が変化した場合には変更箇所とその説明。

1) 秋田県

秋田県災害医療対策本部に医療調整員1名、県医務薬事課職員6～8名が配置された。

2) 山形県

山形県健康福祉部地域医療対策課職員10数名、医療調整委員2名。受け入れ患者（被災者）の受け入れ先により、同部障がい福祉課、保健薬務課の協力を得た。搬送に関しては危機管理課の協力を得た。

3) 新潟県

新潟県福祉保健部医務薬事課、新潟県消防学校、新潟市民病院、消防防災課職員により体制を構築した(別紙参照)。

4) 群馬県

群馬県健康福祉部医務課、前橋赤十字病院災害対策本部、群馬大学が中心となり体制を構築した。

5. 被災者（患者）受け入れにかかる体制構築のために県庁外から人的応援を受け入れたか、受け入れた場合の構成員。

1) 秋田県

県医師会から派遣の医療調整員1名のみ。

2) 山形県

県立中央病院（県立救命救急センター）から延べ3名の医療調整員。

3) 新潟県

統括 DMAT 登録者、地元の救命救急センター長、県医師会担当理事、新潟大学

（注）本県には災害医療コーディネーター制度があり、そのサポートのための「災害医療コーディネーター・アドバイザー」制度がある。災害医療コーディネーター・アドバイザーは県内の被災地の医療本部に入ることを想定し、新潟大学から派遣されることとなっている。福島県から多数の患者を受け入れることになった時に、県内の多数の病院に協力をいただくため、本制度を流用し新潟大学地域医療学講座の教授に本部に入っていた。また、SCUにはソーシャルケースワーカーに入っていた。また、病院選定に協力をしていた。

4) 群馬県

3月12日の受け入れに関しては県庁内には人的には派遣されず。同19日から20日にかけては医療調整本部を前橋赤十字病院に前進させ、前橋赤十字病院103名、群馬県健康福祉部医務課16名、群馬大学核医学教室4名の体制を敷いた。21日は県有施設に前進させ、健康福祉部医務課26名、群馬 DMAT48名。

6. 体制が構築された場合、構築は具体的にいつから始まったか。

1) 秋田県

岩手県から最初に依頼があった3月14日から始まった。

2) 山形県

宮城県からの受け入れ依頼は災害発生日からあり、亜急性期まで継続した。

3) 新潟県

3月17日から。

4) 群馬県

初回は3月12日。2回目は事前の体制構築の準備がなかったため、受け入れ要請（要請日時3月18日20時20分）があった18日深夜に DMAT インストラクターを中心に協議。翌19日朝から、受け入れ人数、除染の情報などの情報を元に、具体的調整を開始し随時準備を進めた。3回目も事前の体制構築の準備がなかったため、2回目終了後、本部及び県庁医務課にて情報の収集及び調整を20日に行った。

7. 被災者（患者）受入れに関し、病院や施設に対し時前に調査を行ったか、行ったとすればその具体的な調査方法とその時期。

1) 秋田県

患者受入の要請が被災県からあると、県内病院へ電話とファックスで事前に受入の可否と受入可能数を問い合わせた。

2) 山形県

災害拠点病院に対し、災害発生日より受け入れ病床数の確認を定時に電話もしくは FAX を用い、行った。救急告示病院、その他の医療機関に関しても災害発生後4日以降は医師会の協力を得ながら受け入れ病床の確認と確保を定時に行った。透析の施設は県内の透析医会が適宜行った。老人施設に関しては受け入れ可能性が生じた段階での調査となった。

3) 新潟県

3月17日より、県病院協会、県医師会から各病院に協力要請の FAX を送信。県医務薬事課より各病院に受け入れ可能人数の調査を施行。続いて新潟大学地域医療学講座スタッフからの電話依頼を行った。

4) 群馬県

3月18日に健康福祉部医務課により、県内災害拠点病院、2次病院を対象に電話と FAX を用い調査した。調査項目は以下の通り。

- ・ 受入可能患者数
- ・ 診療科別受入可能数
- ・ 寝たきり患者受入可能数（寝たきりの患者が多くいるとの情報があったため）

同20日には再度調査を行った。2回目の受け入れの際に日中と夜間で受け入れ可能人数の差があることがわかり、重症者も含まれるとの情報から調査項目を追加した。

- ・ 受入可能患者数
- ・ 重症者受入可能数
- ・ 透析，手術，人工呼吸器の可否
- ・ 昼間と夜間に分けてそれぞれ調査した。

8. 被災者（患者）送り元の被災県名。

1) 秋田県

岩手県、宮城県。

2) 山形県

宮城県、福島県

- 3) 新潟県
福島県
- 4) 群馬県
福島県

9. 被災者（患者）受入れのための搬送拠点等の中継点を設けたか、あれば具体的な場所と、その選定理由。

1) 秋田県

岩手県花巻空港から空自 C1で輸送された患者は広域搬送の SCU を秋田空港にある航空自衛隊救難隊の格納庫に設置し DMAT が受入を行い、その後秋田市内の病院へ搬送した。

2) 山形県

ヘリコプターによる搬送ではヘリポートを有する災害拠点病院への直接の搬送と、県立中央病院を中継点とする搬送を計画した。中継点の選定理由はヘリポートのある医療機関。宮城県から救急車による搬送は医療機関への直接搬送とした。福島県からの大型バスによる搬送は保健所を中継点とした。その理由は放射線検知を求められるため。

3) 新潟県

陸路搬送の中継点として新潟県消防学校体育館、空路搬送の受け入れ拠点は新潟市民病院とした。3月18日のみ、福島県と新潟県の県境近くにある新潟県立津川病院を受け入れ拠点とした。

【選定理由】

患者の病状などの事前情報がない中で、県内の多数の病院に配分しなければならないため、患者の個人情報の特定、病状の評価を行う場が必要であった。そのために簡易的な SCU を設置することとした。本来は一ヶ所で一元管理出来ることが理想ではあったが、陸路、空路を同時に受け入れ可能な場所が確保出来ず、二ヶ所に別れることになった。陸路搬送の受け入れ拠点は、グラウンドと体育館を備え SCU 構築の条件が良い新潟県消防学校を選定した。空路の受け入れ拠点は屋上ヘリポートを有し8トンのヘリを受け入れ可能であり、かつすぐに医療対応が可能である新潟市民病院を選定した。

4) 群馬県

3月19日、20日は前橋赤十字病院を受け入れの中継点とした。理由は患者待機場所を確保できたこと。21日は県有施設、インターチェンジから近い、SCU を展開するにあたって適当な規模の会議室等の施設を有する、多数の救急車両を駐車可能なスペースなどを満たす施設を中継点とした。

10. 被災者（患者）の搬送を自県内の資源を用いたか。その資源の所属、その確保はどのように行われたか。

1) 秋田県

秋田空港救難隊 SCU からは、秋田市消防本部救急隊救急車、航空自衛隊救難隊救急車、秋田脳研センター救急車で各病院へ搬送した。

2) 山形県

県立中央病院を中継点とした場合、近隣消防の救急車による搬送を、健康福祉部地域医療対策課内医療調整班と生活環境部危機管理課とにより調整した。

3) 新潟県

県内の搬送は県内各消防の救急車を主とした。一部は県が手配したバスを利用した。確保はいずれも県災対本部で協議、依頼し決定した。県内救急車は消防防災課が依頼した（実務は代表消防本部である

新潟市消防が行っていた)。

4) 群馬県

3月19、20日の受け入れは、歩行可能な患者との情報を元に健康福祉部医務課により後方搬送の手段としてタクシーでの搬送を考慮し、大型タクシー（ミニバンタイプのタクシー）を含む数台のタクシーを確保。21日は県内の救急車29台を受け入れ拠点（域外 SCU）からの後方搬送の手段として確保した。調整は同医務課により県内11消防に救急車及び救急隊の協力を要請し、各消防本部よりそれぞれ1台及び救急隊3名ずつの協力を頂いた。救急車両の統括として前橋消防から指揮隊の協力のもと各救急隊の調整が行われた。尚、活動時の状況として、福島県および群馬県内ではガソリンが不足し救急車の給油も困難な状況であったため、県外の救急車両の燃料補給の場として、前橋消防へ医務課より調整を依頼し、前橋消防と提携しているガソリンスタンドでの燃料補給が可能となった。

11. 受け入れ体制の継続性（要員交代）に関する検討はなされたか、実際に交代が行われたか、行われなかったとすればその理由。

1) 岩手県

検討しなかった。医療調整員1名が調整していたため、継続性に問題が生ずるのを回避するため。最初から複数の医療調整員で対応できていれば交代性が可能であったが、受入病院への交渉、迅速な決断と調整に関しては、受入病院からみて要員が交代することに危惧がある。

2) 山形県

検討した。医療調整員が別件で不在となる機会が生じたため。業務内容や活動時間そのものは被災地とは異なるため、比較的余裕があった。

3) 新潟県

SCU には本県の DMAT を配置した。基本的に日勤帯のみの活動で全員が通いだつたため各施設内でのメンバー入れ替えはあったが活動中の交代はなかった。

(参考)

3月18日は消防学校に2チーム、津川病院に1チーム

3月19日は7チーム 39名

3月20日は10チーム 51名 + 新潟市民病院

4) 群馬県

受け入れ日別の編成は異なったが、数時間の活動であることが予想されたため、活動中の交代要員は検討しなかった。

12. 受け入れ先の病院の割当を具体的に調整したのはどの部門・部署（誰、班構成）であったか。

1) 秋田県

県災害医療対策本部の医療調整員医師1名。

2) 山形県

県災害対策本部に属する健康福祉部地域医療対策課内医療調整班医師1名。

3) 新潟県

県医務薬事課が新潟大学地域医療学講座から協力を得て行った。

4) 群馬県

受け入れ拠点の診療統括、搬出部門責任者が、患者基本情報（原疾患、既往歴、現在の状態、治療の

要否)を元に、搬出先医療機関を選定。理由は日常の救急診療における県内2次病院の救急患者受け入れの実情、受け入れ拠点からの距離及び時間等の把握が必要であるため。

13. 被災県の調整相手(窓口)はどの部門・部署(誰、班構成)であったか。

1) 秋田県

岩手県は県災害対策本部保健医療班の医師、宮城県は県災害医療本部の医師。

2) 山形県

宮城県は県災害医療本部の医師。福島県は県災害対策本部による調整が行われておらず、当県医療調整班医師が県立医大腎臓内科、いわき市内の診療所医師、県災害対策本部搬送班、バス会社運転手、他搬送元医療機関と直接連絡調整を行った。

3) 新潟県

福島県災害対策本部内医療班医師。当初は、新潟県庁福祉保健部医務薬事課職員と福島県地域医療係職員との連絡もあったが、途中で行われなくなった。

4) 群馬県

福島県災害対策本部内医療班医師。大町病院職員。

14. 被災県からの患者搬送手段の確保は被災県のどの部門(誰、班)が調整していたか。

1) 秋田県

岩手県は県災害対策本部保健医療班の医師、宮城県は県災害医療本部の医師が搬送担当部門と調整。花巻空港の空自C1輸送機に関しては航空自衛隊が調整。

2) 山形県

宮城県は県災害医療本部の医師が搬送担当部門と調整。福島県は県災害対策本部搬送班が大型バスの確保のみ(具体的な搬送調整は行われず)。

3) 新潟県

福島県災害対策本部医療班(保健福祉部地域医療課)と搬送班。

4) 群馬県

福島県災害対策本部医療班(保健福祉部地域医療課)と搬送班。

15. 被災県の個別の病院との調整は行われたか否か、行われた場合の理由。

1) 秋田県

行った(石巻港湾病院、石巻赤十字病院)。内容は、患者の病態、病名、重症度に関する情報取得と最終的な搬送人数の確認。特に、ヘリ搬送では、天候に左右されるため出発時刻、到着時刻の最終確認が必要であった。

2) 山形県

行った(石巻赤十字病院、東北大学病院、いわき市内の診療所、今村病院)。多くは搬送時間に関する確認が行われた。可能であれば搬送患者名簿を求めた。

3) 新潟県

行われなかった。理由は、最初から個別の患者情報は提供出来ないと言われていたため、個別の病院から情報を得るのは困難と判断したためである。ただし、搬送開始直前に南相馬市立病院の医師と電話

で簡単な情報交換は行った。

4) 群馬県

患者情報の収集や様々な情報収集を目的として連絡を試みたが、実際には被災医療機関との連絡は極めて困難な状況であった。

16. 構築された体制の機能は十分であったと考えるか否か、またその理由

1) 秋田県

今回の受入患者数は多くはなかったが、実はこの人数になるまでの過程では200名程度の受入要請から始まっていた。誤情報、患者・家族が望まないなどの理由で最終的に今回の人数になった。しかし、受入側としては、県内各病院と交渉回数を経るたびに病院側での対応も迅速となり、秋田県災害医療対策本部との意思疎通も円滑になり、依頼があるたびに迅速に対応でき、この程度の人数であれば今回急遽出来た体制で対応可能であった。この程度の人数であれば、機械的に割り振ったりせず、毎回病院と交渉することでお互いの信頼関係を作れて好都合であったと考える。

2) 山形県

比較的機能したのと考えている。受け入れ人数が少なかったため。但し、「災害拠点病院は重症、中等症患者のみ」という認識が各災害拠点病院にある傾向があり、要介護者等の受け入れ先を別に求めることがあった。また、老人施設の担当は医療調整班の置かれた地域医療対策課ではなく障がい福祉課であり、新たな調整を必要とした。

3) 新潟県

急に立案した割には、比較的順調に行ったと思われる。

4) 群馬県

受け入れ体制としては、いずれも大きな混乱も生じることなく、順調に業務を終えることができたと考えている。

17. 構築された体制の長所短所を簡潔に列挙し、今後解決すべき課題があれば記載してください。

1) 秋田県

長所は（この程度の搬送数ならばの前提で）、災害医療対策本部の活動を把握している医療調整員が、平時からの各病院長等との交流を基盤に、臨機応変に県内病院を調整して受入可能であったこと、つまり、あらかじめ決めておくような機械的な割り振りではなく、あくまでも各病院長との交渉を第一としコミュニケーションを重視する体制であったこと。短所は、この調整員への負担が大きかったこと（本人の思いは別として、客観的には）。今後、災害医療対策本部で交渉、調整出来る人材育成が課題。

2) 山形県

長所：平時より県健康福祉部の職員と医療調整を担当した医師や業務調整員（統括 DMAT 登録者や DMAT インストラクター）との顔の見える関係があったため、計画外の活動でも比較的順調であった。また、県内のすべての医療機関と老人施設が被災者の受け入れに協力的であったため、調整が順調であった。

短所：地域防災計画は自県が被災地になった場合を想定しており、被災地からの患者受け入れに関する計画を立てておらず、その場しのぎの感を否めない。福島第一原子力発電所事故により発生した避難者への対応は想定すらされておらず、正確に作動するサーバイメーターの確保に難渋した。

3) 新潟県

県庁災対本部に関して

【長所】

- ・ 県医師会の理事も早期から災対本部に参画し、早期に各病院に協力依頼を出すなど、広範な協力関係が構築できた。
- ・ 基本的には医務薬事課のミッションであったが、早期から地元救命救急センター医師も参画し、消防防災課と連携をして活動した。メディカルコントロールなどの日常業務でいわゆる顔の見える関係があり、連携をとるのが容易であった点は良かった点であった。
- ・ 本県側に早期から医師が参画することにより、福島県の災対本部医師と相談しながらミッションをすすめることができた。医師同士で無ければ、現実的に判断が難しい事項も多いため、早期からの救急医療関係の医師が参画することが必要と考えられる。
- ・ 今回は「病院に入院中の患者を一斉に移す」というミッションであり、少数の病院で受け入れるのは困難で、多数の病院の協力が必要であった。そのため、災害医療コーディネーター・アドバイザー制を利用して、新潟大学地域医療学講座スタッフの協力を得た点は極めて有用であった。

【短所】

- ・ 医師同士のチャンネル、消防同士のチャンネル、さらに事務方のチャンネルなど、福島県側と複数のルートで情報交換が行われた。また厚生労働省などからも情報が入ってくるがあった。これらの情報が食い違ふことがしばしばあった。決定事項なのか、検討中の事項なのか、の確認が不十分な点もあった。途中からは、情報を別のチャンネルでも確認するなど精度の向上に努めるようにしたが、情報管理に関しては課題が残った。
- ・ こうした事態において、県庁職員は不眠不休で働いていたが、マンパワーは決して十分でなかった。今後、統括 DMAT がこうしたミッションの主体になる場面は多いと思われるが、医師のみでは適切な記録や情報管理が難しい可能性がある。県庁災対本部に参画する医師のロジ的な役割をマンパワーの乏しい県庁職員に望むのは無理があるのが実情である。医師とともにロジ的なスタッフも参画する必要性を感じた。

SCUに関して

【長所】

- ・ DMAT 隊員主体の活動だったため、SCU 訓練のスキームをそのまま当てはめて活動できたため円滑であった。
- ・ 場所として消防学校を選定したこともアクセス、資機材借用、スペース（SCU 部分や車両待機スペース含め）の点で有利であった。

分散搬送先病院選定については DMAT ではなく、地域病院に対し発言力のある大学の地域医療学講座教授が担当してくれたために円滑であった。

【短所】

諸事情でグラウンドが使えなかったため、ヘリ搬送に苦労した。

4) 群馬県

[Command and Control]

前半は、前橋赤十字病院一施設で受け入れ業務を行った訳だが、すべての職員が DMAT 活動や広域搬送の考え方を理解しているわけではないため、今回の受け入れ業務に当たっては、指揮命令系統の構築が極めて重要であることが考えられた。そのため、中心となる業務は DMAT インストラクターが担う形で構築を行った。また、病院としては、災害拠点病院、救急救命センターとして日常診療を行っている

ことから、普段の診療の延長線上に今回の業務があるとして考えると、病院内での役職、部署間の関係を利用して構築することで、より指揮命令系統が確実なものとなるものと考え、これも踏まえて構築を行った。結果、Command and Control としては、何も問題を生じることなく、スムーズに業務を終えることができた。

後半は、群馬 DMAT として、受け入れ業務を行った訳だが、群馬 DMAT としての活動は初めてであることを考慮し、後半にあっては、前半に受け入れを行った経験を元に、前橋赤十字病院の DMAT チームを統括として、群馬 DMAT のインストラクターを加えたメンバーで指揮命令系統の構築を図ることとした。結果、Command and Control としては、何も問題を生じることなく業務を終えることができた。

[Safety]

前半は、前橋赤十字病院を使用し、前橋赤十字病院のスタッフのみで受け入れ業務を行ったことから、特段危険な場所などに準備を要することは無かった。また、放射線のサーベイランスや除染についても、普段の訓練の延長線上で準備を行い、特段問題を認めなかった。

後半は、県有施設の県立産業技術センターを使用した。この施設は同日他に使用する者がなく、加えて数百台規模の駐車可能な駐車場を含めた空きスペースがあったことから、車両や人の誘導等の危険性について考慮する必要はなく、また、被災県でも無いことから建物は安全で、暖房が使用できるなど環境としては、特段問題を認めなかった。

[Communication]

前半は、病院を使用したことから、院内 PHS を連絡手段として使用し、加えて中心となるメンバーは無線機も併せて使用した。後半は、主に無線機と直接伝令で連絡を取り合った。いずれの場合も、現場での連絡方法としては特に問題を認めなかった。

ただ福島県とのやりとりでは、これは Assessment にも関わることだが、搬出先である大町病院や福島県との連絡調整に電話がつながりにくいか、人を介したやりとりで情報の食い違いが生じるなど種々の問題を認めた。また、長時間の搬送にも関わらず、搬送途上の車両との連絡先を確認していなかったことから、途中その確認作業などに手間を要した。今後の課題としては、少なくとも搬送途上の車両との連絡が取れるように、救急車であれば救急隊長の携帯電話、バス等であれば同乗する医療機関職員等の携帯電話の番号を事前に調べておくことが望まれる。

(注) 福島県災害対策本部医療班は救急隊との連絡先を把握し、その情報を伝達したものと認識していたが実情は異なっていたということになる。

[Assessment]

Assessment として、受け入れ側では、群馬県内の医療機関の受け入れ可能人数のみを当初確認して、受け入れ業務を行ったが、始まってみると、時間が遅くて受け入れ不可、当該科が不在のため受け入れ不可などあり、後半はそうした状況も踏まえた情報を聴取し対処した。それでも、脳外科疾患や精神科疾患の既往を持つ患者の受け入れは困難を極め、当日は医療スタッフや県庁職員で各医療機関を説得する形で受け入れを行っている様な状況であった。

事前の受け入れ医療機関への確認情報としては、以下を確認することが望まれる。

- ・受け入れ可能総数
- ・時間帯別受け入れ可能総数
- ・一度に受け入れ可能な人数
- ・透析や手術、人工呼吸管理の可否
- ・脳外科疾患、精神科疾患、眼科疾患など専門医を要する疾患の受け入れ可否

搬送元に確認する情報としては、主に以下の情報が求められたが、実際には大町病院とは連絡はなかなか取れず、加えて大町病院の少ないスタッフでは準備もかなわないことが多かったのか、患者が来て

接触して初めて患者の状態を把握しているような状態であった。特に今回は結果的には無事に搬送を終えられたが、事前に調整が不十分だった患者情報にあっては、前半治療を要しない患者との情報が、実は1週間透析が行われていなくて高K血症でいつ心停止を起こしてもおかしくないような患者や心不全で高濃度の酸素投与を要するほどの低酸素血症を来している患者が観光バスで搬送されてきた様な状況であった。また、こうした患者情報を、福島県にも確認を求めたが、福島県と大町病院との間でも連絡が困難なため、患者情報から放射線のサーベイランスや除染の情報を含めてすべて、来てみて初めてどのような状態であるのかわかるような状況であった。

いずれにせよ、これだけ多数の患者搬出で、あまりにも時間がない中での業務であったため、致し方ないことと思われたが、今後はこうしたことの無いように改めて情報収集、情報の確認が求められるのではないかと思われ、その対処の方法として、事前に搬出先医療機関へスタッフを派遣して、情報収集や搬出トリアージを行うことが必要と思われた。また、搬送方法にあっても、混乱した状況でのトリアージや治療では不十分な点多々あるかと思われ、観光バス等での搬送では途中急変や容態悪化などに対処できないことから、緊急車両での搬送が望まれる。

事前に確認すべき情報

- ・患者数 → 今回は、患者がすべて搬送されて初めて人数が最終的に確定するような状況であった。
- ・患者情報 → 患者情報も全く無く、搬送された患者に着いてきた診療情報提供書を確認し、実際に診察して初めてわかる様な状況であった。
- ・搬送手段 → 事前に調整を行ったが、調整内容に一部食い違いが生じた。
- ・搬送時間・到着予定時刻 → 連絡方法に苦慮したが、何とか連絡を取りつつ対処した。
- ・放射線検知情報 → 前半は、曖昧な情報しか無い状態で、搬送されて初めて状況が確定する様な状況であった。

[総括]

患者情報や搬送方法などから、前半は病院を用いた SCU、後半は病院外の施設を用いた SCU と、前後半で異なった受入体制で業務を行ったが、受け入れ体制としては、いずれも大きな混乱も生じることなく、順調に業務を終えることができた。病院を用いた SCU では、院内体制をベースに Command and Control、Communication を構築し運営できることや、病院の資器材や施設が臨機応変に状況に合わせて使用できるメリットがあったが、普段の診療業務を完全に止めなければならないというデメリットを認めた。病院外の施設を用いた SCU では、今回の施設の規模、場所、設備などが、車両の展開がしやすい大きな場所があるとか、冷暖房やマイク設備などが完備されているなど、運用しやすい環境であったことが、受け入れ業務を滞りなくできた要員と考えられ、こうした施設を普段より確認しておくことが必要と考えられた。結果的には無事に患者をすべて搬送できたものの、事前の調整、確認については不十分な状態で業務を行った結果、一部患者には危険を伴った状況であったのではないかと思われた。

平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)
「東日本大震災急性期における医療対応と今後の災害急性期の医療提供体制に関する調査研究」
研究代表者 国立病院機構災害医療センター 臨床研究部長 小井土雄一
「災害超急性期から亜急性期以降の医療体制医療支援に関する研究」分担研究者 森野一真

「災害時の診療記録の多様性と記述の充実度に関する検討」

研究協力者 徳本史郎 浜松医科大学健康社会医学講座・特任助教

研究要旨：平成 23 年 3 月 11 日に発災した東日本大震災において全国の医療救護チームが活動し記録した診療記録用紙について、その多様性及び診療記録用紙の様式による日時・診断名等の重要な記載事項の記述の欠落の関係を検討した。災害時の診療記録の質の向上及び被害の全体像・公衆衛生的な課題の収集につなげるためには、様式の統一化を検討する必要がある。

A. 研究目的

平成 23 年 3 月 11 日に発災した東日本大震災では、死者 15,852 人、行方不明 3,287 人、負傷者 6,011 人（平成 24 年 2 月 21 日、警察庁発表）、物的被害（全壊 128,582 棟、半壊 244,031 棟：平成 24 年 2 月 14 日、消防庁発表）の大きな被害が発生した。当該震災における支援のため、全国の医療救護チームが現地での献身的な活動を実施した。しかしながら、その活動の詳細については集計情報が公表されておらず、その原因の 1 つとして診療記録用紙の多様性による集計の困難さが考えられる。診療記録用紙の内容不備や、互換性のない診療記録用紙様式により、災害時サーベイランス体制の円滑な実施に支障が生じることがあるため、様式統一の必要性や、医師による記入不備による問題は、過去の災害において報告されている^{1,2)}。

また、現地では避難所等の感染症の発生情報が重要であることが指摘されていたにも関わらず、その収集には非常な困難を伴った。これらのことから、災害時の診療記録様式の統一化の必要性が災害医療関係者間においては議論されている。

本研究においては、東日本大震災における全国の医療救護チームが用いた診療記録用紙の多様性を明らかにし、診療記録用紙の様式による、日時・診断名等の重要な記載事項の記述の欠落の関係を明らかにする。

B. 研究方法

検証対象は、宮城県内の沿岸部 2 市町（A 市、

B 町）関係庁舎に保管されている、災害時医療救護の診療記録用紙とした。抽出方法は、抽出する位置を乱数に基づき決めたのち、無作為抽出を行った。A 市ではファイル 1cm あたり 15 枚、B 町では 20 枚あたり 1 枚抽出を行った。A 市に保管されていた発災初期から用いられていた様式（3 月 14 日～約 2 週間分）については、一枚の紙に複数人の症例が存在したため、2 枚ごとに 1 枚を抽出し、当該用紙に記載されている全ての症例を対象とした。

次に、抽出した診療記録用紙において、評価項目について記載欄の有無、記載の有無とそれぞれの判読可否を確認した。

本研究班において、診療記録用紙に最低限記載が求められる項目として医師法関連法令において記載が求められている次の 8 項目を設定し、評価対象とした。

- ・患者氏名
- ・患者性別
- ・患者年齢（又は生年月日）
- ・患者住所（又は携帯電話等の連絡先）
- ・診察日（又は診断日、入院日）
- ・症状又は診断
- ・方針又は治療
- ・医師の署名

調査は複数人で行い、同一の診療記録用紙を 2 名が独立して評価し、その評価結果が異なるものについては調査者が複数名で検討し評価を行った。

診療記録用紙の様式ごとに記載の有無について集計表を作成した。また、確認された様式のうち、急性期の診療記録用紙を除き、①記載欄の有無と記入の有無の関係について、②8項目の記載の有無について項目間の関係についても検討を行った。これらについてはx²検定を行った。

様式に係る解析は、調査対象とした8項目の記載欄の有無による分類と、救急外来用診療記録用紙や問診票などの想定された使用用途による分類の2通りのグループに分けて評価を行った。

さらに、各グループ間の評価8項目の記載状況について、記載の有無を目的変数とし、各グループを説明変数とした場合の関係について単変量によるロジスティック回帰分析による検討を行った。

解析にはSPSS(version19:SPSS Inc. Chicago, IL)を用い、有意水準は $p<0.05$ とした。

C. 研究結果

A市には約6700枚の診療記録用紙が保管されており、2383枚(35.8%)、B町には約9700枚が保管されており、そのうち425枚が抽出された(4.4%)。また、A市に保管されていた診療記録用紙の中で、急性期にあたるものについては、他の様式と明らかに異なり、1枚の用紙に多数の症例が記載されていたため、別グループとして扱い、保管されていた約1500人分の診療記録用紙のうち693人分(46.3%)を抽出した(以下、急性期分については、1人分を1枚として表現する)。急性期の様式のほか、37様式が確認され、それぞれの抽出枚数は1枚から424枚(平均75.9枚、中央値17枚)であった、また記載欄の有無は多様性を呈した(table1)。

また、急性期の様式を除いた37様式を、「8項目の記載欄の有無による分類」を行った場合、患者情報、診療情報、医師の署名、受診日の記載欄が存在するもの(グループ1)が16様式、いくつかが存在しないもの(グループ2)が20様式、全て存在しないもの(グループ3)が1様式存在した。

また、救急外来用カルテや問診票などの「想定された使用用途による分類」を行った場合、災害

時を想定して作成された想定されるもの(グループA)が22様式、普段医療機関などで使用されているカルテで代用していると想定されるもの(グループB)が9様式、即席で普通の紙やノートを診療記録用紙として代用していると想定されるもの又は問診票のみ(グループC)が6様式存在した(table1,2)。

全抽出数3501枚のうち、項目の欠落枚数は、症状又は診断について122枚(3.5%)、方針又は治療で203枚(5.8%)、医師名で1752枚(50.0%)、患者住所が908枚(25.9%)であった。また、所属医療機関については1961枚(56.0%)で不明であった。また、判読が困難であったものが症状又は診断で7枚(0.2%)、医師の署名で100枚(2.9%)確認された(table3)。

① 記載欄の有無と記入の有無に係る検討

急性期以外の診療記録用紙について、記載欄の有無と8項目の記載の有無について検討すると、記載ありの割合は、患者氏名では99.9%(記載欄ありの様式)と100.0%(記載欄なしの様式)($p=0.775$)、同様に患者性別では86.9%と70.6%($p<0.001$)、患者住所80.5%と22.7%($p<0.001$)、症状又は診断では96.7%では97.1%($p=0.806$)、方針又治療は94.4%と94.6%($p=0.809$)、医師の署名では73.0%と39.4%($p<0.001$)であった(table4)。

②8項目の記載の有無について項目間の関係に係る検討

8項目のうちの2項目について、記載の有無の関係をクロス集計で評価し、オッズ比を検討したところ、患者性別記載ありの患者年齢記載ありオッズは8.19(95%信頼区間:5.69-11.79)であった。同様に、医師の署名記載ありの症状又は診断記載ありオッズは7.96(4.49-14.14)、方針又は治療記載ありオッズは6.43(4.26-9.70)であった。所属記載ありの症状又は診断記載ありオッズは0.45(0.28-0.71)、方針又は治療記載ありオッズは2.04(1.45-2.85)であった(table5)。

③グループごとの記載の有無の割合

各グループの記載の有無の割合について評価す