

パネルディスカッション12
演題番号 PD12-1 (D)

¹独立行政法人国立病院機構 災害医療センター、²藤沢市民病院、³東京医科歯科大学
○近藤 久禎¹、阿南 英明²、大友 康裕³、小井土 雄一¹

2010年日本APECにおける医療対応体制

【背景・方法】東京オリンピックを控え、その対応を検討する際には、過去の災害事例を振り返る必要がある。2010年に首都圏横浜で行われた日本APECはそのよい事例となると考えられる。そこで、今回、日本APECにおける医療対応体制を振り返り、東京オリンピックへの教訓について検討した。【結果】日本APECの特徴は次の5点であった。DMAT18チームを動員し、横浜会場から羽田・成田空港にいたる首脳的全経路の対応を行った。横浜市内の全災害拠点病院で受け入れ態勢を確保し、事前の教育・訓練に加え、いくつかの医療機関では会期中除染 TENT を立ち上げた状態で準備した。NBCテロ時の病院の受け入れについて除染施設の有無も含め、事前に協議、計画した。消防との現場での連携方法、情報共有方法を事前に打ち合わせ、訓練を行った。傷病者の規模に応じた後方搬送を事前計画した。【考察】日本APECにおける特徴であったDMATの動員、災害拠点病院での受け入れ、事前の教育、NBCへの対応体制、消防との連携、傷病者の後方搬送は、東京オリンピックにおいても検討が必要である事項であると考えられる。

パネルディスカッション12
演題番号 PD12-2 (D)

¹武蔵野赤十字病院、²横浜市立大学附属病院救急部、³横浜市立大学附属市民総合医療センター高度救命救急センター、⁴災害医療センター、⁵国士舘大学体育学部スポーツ医科学科、⁶東和病院
○勝見 敦¹、森村 尚登^{2,3}、小井土 雄一⁴、杉本 勝彦⁵、山本 保博⁶

2002年FIFAワールドカップ韓国/日本大会における救急・集団医療体制の構築

2002年FIFAワールドカップ(以下、WC)大会開催の直前(2001年9月11日)にアメリカ多発同時テロが発生し、テロ対策を含めた集団災害医療対応が本格的に検討されることとなる。「Mass Gathering(以下、MG)における集団災害のガイドライン作成とその評価に関する研究」(厚労省科学研究主任研究者:山本保博)にて「MGにおける集団災害医療体制作成のためのマニュアル-2002年FIFA WC大会における集団災害医療体制モデル-」が作成され、これを基に全国10会場に集団災害医療体制が構築された。国際的イベントの医療体制ポイントは、1. 救急医療・集団災害医療対策本部設置: 構成は総括責任医師、消防、警察、大会関係者、行政の担当者、2. 通信情報センター設置: 集団災害発生時に災害状況を集約、3. 医療救護班: 会場内医療救護班と集団災害医療救護班を設置。ヘリ医療救護班も考慮、4. 後方病院: 搬送先病院の確保と連携、の4項目。円滑な医療救護には医療、大会主催者、警備、消防、警察、周辺医療機関、行政が医療情報を共有できる組織作りが不可欠。企画段階から医療関係者が関わり、日常の救急メディカルコントロール体制を活用したMG救急・集団災害医療体制を構築する。

パネルディスカッション12
演題番号 PD12-3 (D)

¹東京大学大学院 医学系研究科 音声病態分析学
○徳野 慎一¹

三菱重工爆破事件の検証

爆弾テロは、テロの中でも最も蓋然性の高いテロであるが、1974~1975年に発生した連続企業爆破事件以来、大きな爆弾テロは発生していない。そのため、本邦における爆弾テロへの対応や爆傷治療は、当時の教訓が生かされることがないまま経過してしまっている。一連の事件の発端となった三菱重工爆破事件は負傷者376人、死者8人を出す惨事であった。筆者は偶然に当時の状況を記した資料を手にすることができた。そこに記された内容は、現在の救急システムや医療レベルの違いがあるにせよ、確実な分散搬送や発生した外傷の種類など得るべき教訓が多いと感じた。そこで、手に入れた資料を当時の状況を加味しつつ、爆発衝撃波の物理学的検証などをさらに加え、今後の爆発テロへの医療対応の資とすべく報告する。

パネルディスカッション12
演題番号 PD12-4 (D)

¹東京医科歯科大学 医学部附属病院 救命救急センター、²鳥取大学医学部救命救急センター、³藤沢市民病院救命救急センター、⁴国立病院機構災害医療センター
○大友 康裕¹、本間 正人²、阿南 英明³、近藤 久禎⁴

わが国のCBRNE医療対応体制の課題と解決策

過去の教訓からCBRNE事態に対する急性期医療に関して以下の課題を抽出し、東京オリンピックに向けて解決策を提示する。課題1. CBRNE特殊災害に対する医療体制が、N・B・Cそれぞれ縦割り体制となっている。→発災後初期の情報混乱期(原因物質不明)に、誤った初動が開始される危険がある。2. 一部の指定医療機関で対応する計画となっている。→消防の管理下で搬送される傷病者は、ごく一部であり、大多数の患者は自力で直近の救急医療機関(必ずしも指定医療機関でない)を受診する。その結果、適切な診療を提供できず、また悲惨な二次災害が発生する。3. 消防による現場除染体制整備の結果および水除染神話によって搬送開始が大幅に遅延する。→研究班の試算の結果、病院への搬送開始は、発生後1時間以上となる。地下鉄サリン事件では社会復帰となった症例の救命すら困難な現状である。とうてい国民の理解を得ることはできない。解決策1. 縦割りを廃し、全ての災害拠点病院でCBRNE特殊災害に対する初期対応体制を整備する。2. 消防のCBRNE特殊災害現場対応の見直しを提案する。3. CBRNE特殊災害対応医療班を整備し、早期の医師による治療を開始する。