

<救急センター>

①マツダ病院の災害時の対応 一地域の先生方と共に一

②河野 匡彦

③

④安芸地区医師会月報

⑤528号 P8-11 2017.12



マツダ病院の災害時の対応 —地域の先生方と共に—

日 時 平成29年10月26日

講 師 マツダ病院 救急センター

主任部長 河野 匡彦 先生

このたび、以下の項目でお話をさせていただきました。

1. 当院の救急体制（2.5次救急を目指して）
2. 災害時の救急体制（CSCATTT）
3. 多数傷病者発生時、他機関と連携（MCLS）
4. 地域の基幹病院として、当院の災害時の対応案
5. 災害時に地域の先生方をお願いしたい事

1. 当院の救急体制（2.5次救急を目指して）

入院棟の新築に伴い平成24年度4月から救急センターが開設された。救急専従医は救急科専門医の私と研修医で対応している。各専門科の救急担当医一覧で協力体制が構築されており、救急搬送は救急センターで一元的に対応している。トリアージ・初期治療ののちに専門科に引き継ぐ、ER型で運営している。ただし専従医が私だけなので通常診療時間の体制に留まっている。時間外対応はその時々を担当医の判断でなされている。

救急搬送に際しては1次・2次・3次（高度救命救急センター）対応とある。その判断は現場で救急隊（救急救命士）が重症度・緊急度で判断している。ABCD（生理学的指標）の異常、多発外傷（解剖学的指標）で明確な異常があれば3次対応と判断できる。しかし実際の現場ではそのような症例は限られている。さらに時間・状況が限られた現場では判断に迷う症例が多い。オーバートリアージで3次対応が可能であるかと言えば、現実的でない。しかし2次対応の判断で搬送もその後の時間経過で増悪、重症化してから3次に転送という、「防ぎうる死」になりかねない症例もありうる。

当院は病院規模・機能からして2次救急だが、救急科専門医がトリアージ・初期対応を行い、各科と連携して主訴に係わらない迅速な受け入れ体制を目指している。救急隊は病院選定の負担が軽減され、各科医師は専門性疾患に絞り込んだ後なのでやはり負担軽減になる。

また専従なので迅速な対応が可能で、心肺停止状態、アナフィラキシー、各種ショックのABCD急変の内因疾患や高エネルギー外傷だが現場でABCD安定の外因疾患などの搬送に対応できるようになった。高度救命救急センターの負担軽減にもつながっていると考えている。

これを+0.5として、2.5次救急と掲げて運営している。

2. 災害時の救急体制（CSCATTT）

発災時にはまず自分自身（病院自体）がどうか。次いで自分の家族の安否確認（病院職員、設備）が心配になるであろう。それらが確認できてからが、他人である被災者の救助（傷病者の治療）に目が向くのではないか。自身が無傷な安全な立場で向かう救助者なのか、災害の渦中にある要救助者（病院損壊）であるのか。しかし医療職には行政・警察・消防機関職員と同じく社会的責任がある。要救助者であっても救助者であると認識すべきと考える。

災害で多数の傷病者が発生した時、それに対応する医療従事者を含めた救助者が足りない状況では、「需要と供給のバランス」がくずれろ。多数の傷病者が病院におしかけると、病院の資源（医療者、医療資機材）が絶対的に不足する。病院（建物、ライフライン、物資）が被災すると機能できないし医療職が不足しても機能できない。（図1）

発災時には、災害と認識して「スイッチを入れて」管理項目（図2）の体制を構築する。行政、消防（救急隊）、警察、自衛隊とさまざまな機関が関与するので、各組織の縦のラインだけでなく「現場の横のつながり」が重要である。それから医療支援項目（図3）の体制になる。

C：Command & Control 指揮・統制

S：Safety 安全

C：Communication 情報

A：Assessment 評価

T：Triage トリアージ

（重症度、緊急度の決定）

T：Treatment 治療

（バイタルの安定化）

T：Transport 搬送（優先順位）

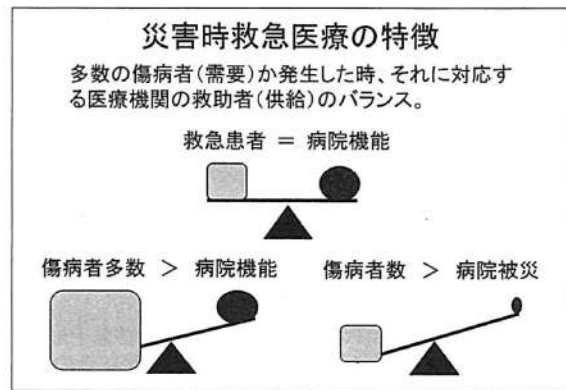


図1

CSCA→

災害時には **スイッチを入れて**

まず 管理項目

• C: Command & Control 指揮・統制 本部⇒現場

• S: Safety 安全 医療職は素人

• C: Communication 情報 本部⇔現場

• A: Assessment 評価 本部・現場

現地指揮本部 = 消防 + 医療 + 行政

↓ ↓ ↓

災害対策本部 = 消防署 + 病院 + 役所

組織の縦のライン・現場の横のつながり

図2

CSCA→TTT

CSCAが確立できたら、

次に 医療支援項目

• T: Triage トリアージ 救急隊（現場医師、看護師）
重症度、緊急度の決定

• T: Treatment 治療 現場医師、看護師
現地救護所で**バイタルの安定化**（根本治療ではない）
⇒治療・搬送の優先順位

• T: Transport 搬送 救急隊
搬送先病院→本部調整

図3

被災地の医療を支援するために、阪神淡路大震災の経験から「災害派遣医療チーム Disaster Medical Assistance Team : DMAT」が整備された。近年では災害現場にいち早く投入されるので、報道が多いのは周知のごとくである。医師、看護師、業務調整員（医師・看護師以外の医療職及び事務職員）で構成され、大規模災害や多傷病者が発生した事故などの現場に、急性期（おおむね48時間以内）に活動できる機動性を持った、専門的な訓練を受けた医療チームである。（図4）

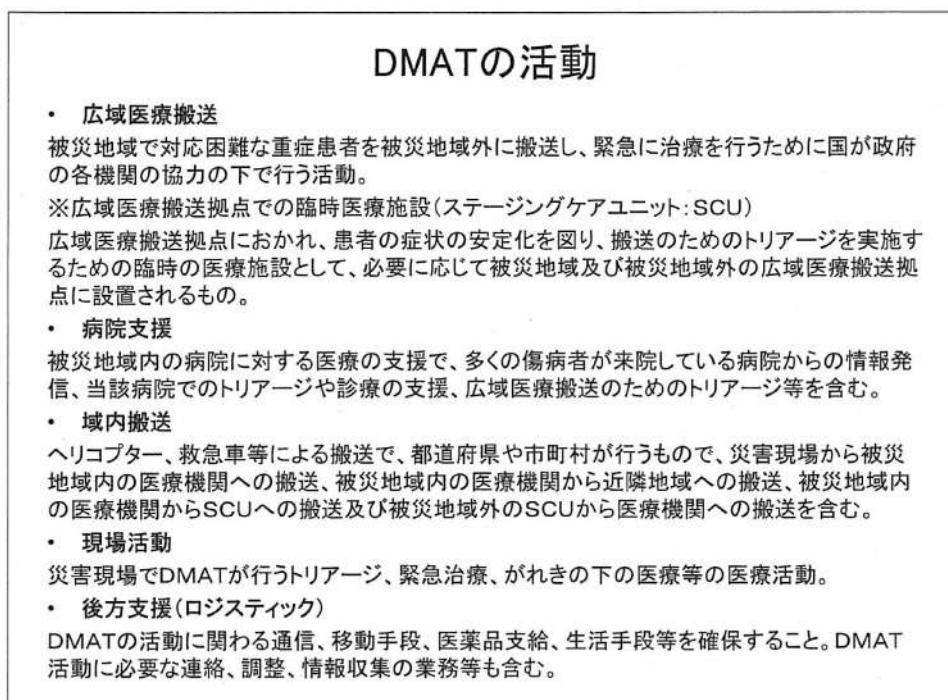


図4

3. 多数傷病者発生時、他機関と連携（MCLS）

日本集団災害医学会が「多数傷病者対応に関する医療対応の標準化トレーニングコース Mass Casualty Life Support : MCLS」を行っている。私は受講して、これは消防、警察、自衛隊、行政にDMATの対応（医療）を分かってもらおうと同時に、医師、看護師が現場の危機管理を学ぶ場と思った。医療者は現場で危険な存在と思う。安全装備不十分、治療優先（酸素投与）の危険性、組織だった動きの経験がない等々、安全の判断ができない素人であろう。

現場に出るからには危険区域のゾーニング（図5）を理解しておき、CSCAで現地対策指揮本部に報告、その指示で行動しなくてはならない。

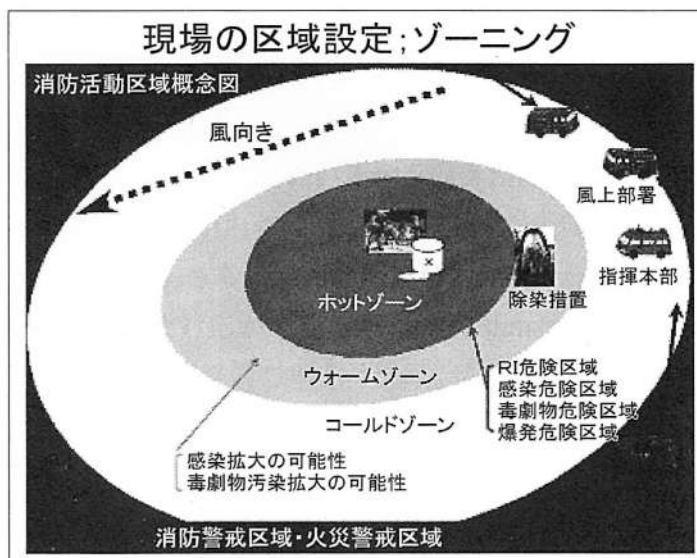


図5

4. 地域の基幹病院として、当院の災害時の対応案

「広島市東部の基幹病院」とホームページに掲げてあるからにはしるべき対応を、と取り組んでいる。しかし中規模の民間市中病院であり、予算・労力は限られている。マツダ株式会社との関係もある。一定のコンセンサスはできてきたので、具体的な対応を考えている。

発災時の病院の対応は、「本部機能の立ち上げ」で災害の一報から本部立ち上げ、状況の報告、搬送患者の把握、と情報管制の流れのCSCAである。そして「傷病者の受け入れ」でトリアージエリア設定、患者動線、人員配置などのTTTである。院内防災小委員会で検討を続けている次第である。

5. 災害時に地域の先生方をお願いしたい事

発災時には、まず平成25年度版の「安芸地区医師会災害医療マニュアル」の対応をお願いしたい。その一環で、状況によっては医師会経由で当院の診療の協力を依頼するかもしれない。

当院に軽症傷病者が殺到すると混乱が生じるので、災害規模や被災状況によるが、トリアージの「緑」は地域の先生方で対応をお願いしたい。トリアージの「黒」は状況で判断せざるを得ない。

もしも先生方が災害現場に出られた際は、現地対策指揮本部（消防機関）に到着の報告をして、その指示で行動をお願いしたい。個々の行動は混乱の一因であり危険でもある。

この様な発表の機会をいただき、ありがとうございました。

