

第1回 災害時における救急業務のあり方に関する作業部会 議事録

1 日 時 平成 23 年 7 月 6 日（水） 14 時 00 分から 16 時 03 分

2 場 所 法曹会館 富士の間

3 出席者

メンバー 山口部会長、石井委員、氏家委員、岡本委員、小井土委員、
篠田委員、野沢委員、畠山委員、早川委員、三宅委員、
渡邊委員

オブザーバー 松本氏（奥山防衛部員代理）、山本専門官

4 会議経過

1 開会〔事務局〕

2 あいさつ

【濱田審議官】

消防庁審議官の濱田でございます。きょうはお暑い中、山口座長以下たくさんの委員の方にお集まりいただきまして、本当にありがとうございます。まず開催に当たりまして、仙台市消防から氏家委員、宮古消防から野沢委員がお越しになっておりますが、今回の東日本大震災では被災地の方には大変皆様御苦労が多かったと思いますし、悲しみも多かったと思います。改めてお見舞い申し上げます。またこれからもぜひともお体に気をつけて頑張ってくださいませよう、心からお祈りしております。どうもありがとうございます。そういうことも踏まえまして今回の作業部会では、救急業務のあり方に関する作業部会ですが、その上に冠をつけて「災害時における救急業務のあり方に関する作業部会」という形で皆様に御議論いただきたいと思っております。東日本大震災という非常に特殊な環境下において、今まで問題となっておりましたいろい

るな論点が、より整理的に問題として出てきたように思われます。まだまだ東日本大震災での現場での実態がどうであったか、十分に認知できていないところもございますので、調査も含めながらの議論かと思いますが、また今回も現地で御活躍いただいた山口先生のもとで、皆様のいろんな御意見を頂戴して、できる限り救急関係についての今までの課題が少しでも解決できるように、ここでしっかり議論をさせていただきたいと思いますので、委員の皆様の御協力をお願いするところでございます。これからお暑い中ではございますが、また御協力いただけますよう、本当にお願ひ申し上げます。どうもありがとうございます。

3 委員紹介

事務局より、委員の紹介が行われた。

4 部会長あいさつ

【部会長】

それでは座ったままごあいさつをさせていただきます。本日は大変お熱い中、また御多忙の中お集まりいただきまして、どうもありがとうございます。本日御出席の委員の皆様方というのは、このたびの大震災において文字どおり第一線において御活躍、あるいは活動隊の指揮・指令に当たられた方々ばかりでございます。本活動につきましては、これまでみずからの組織がよしとしてきたことにいろんな不具合があったり、あるいは他の組織の活動にいら立ちやはがゆくお感じになられたことが、少なからずおありになったことと推察いたします。それらすべてを教訓といたしまして、さらに被災地の現地調査等を今後加えまして、次のかかる事態に対して考えられる限り実効性のあるすばらしい方向性を打ち出すことが、当部会に課せられた命題であるというふうに認識してございます。実際、本部会が与えられました検討課題は非常に多岐にわたりまして、また膨大なものであります。実際親会の中では、こんなにこの部会に付加してできるのかという御不安の声があったことも事実でございます。しかしながら、本日お集まりいただきました委員の方々は、私自身がよく存じ上げ、また信頼申し上げている、望み得る限り最高の布陣であるというふうに自負しております。座長のみ若輩で大変申しわけございませんが、皆様が考える最高のあり方、これを御自身の組織のお立場に、できればとらわれずに、

このチーム部会としてここにいらっしゃる限りにおいて、考えられる限り最高の理想のシステムというものを御提案いただけたら大変ありがたく存じます。皆様方が考えられる最高という以上に最高のものは、我が国においてこの災害救急の中に存在し得ないと私は確信いたします。ですので、どうか明日の日本のためにお力をお借りしたいと、伏してお願い申し上げてあいさつとさせていただきます。どうぞ、1年間よろしく願いいたします。

5 議事

【部会長】

それでは、早速議事を進めてまいりたいと存じます。資料の確認をまず事務局のほうでお願いできますでしょうか。

【事務局】

資料確認をさせていただきます。まず、資料といたしまして、第1回作業部会における座席表、作業部会の次第、構成員、資料1、別紙1、別紙2、〇〇委員提出の資料2、〇〇委員提出の資料3、〇〇委員提出の資料4、参考資料1、2となっております。以上です。

【部会長】

ありがとうございます。御不足等ございませんでしょうか。もしおありのようでしたら事務局にお願いしたいと思います。大丈夫でしょうか。それでは、まず資料1について、事務局から説明をお願いしたいと思います。

【事務局】

資料1について、最初から最後まですべて事務局で説明させていただきたいと思っています。まず資料1、表紙をおめくりいただきまして、2ページ目、本作業部会の目的なんですけれども、東日本大震災における救急業務の実態を踏まえ、今後発生する可能性が高いと言われている直下型地震であるとか東海地震などの大規模災害時の救急業務のあり方について、課題やその対応策を検討して、必要な制度の見直しを行うことを目的として開催させていただきたいと思っています。主な検討事項といたしまして、災害時における救急業務のあり方について検討をしていただく部会となっております。検討項目につきましては、まず、東日本大震災時の救急業務の実態調査をしながら、以下の5項目について検討する部会です。次のページをおめく

りいただきまして、検討事項の概念図が3ページの図になっております。被災地での救急活動において、救急搬送体制の強化、救急救命士の処置範囲、被災地までの移動手段、消防と医療の連携、消防防災ヘリとドクターカーの連携について検討していただく部会であります。次のページをめくっていただき、災害時における救急業務のあり方に関する作業部会のスケジュール感ですが、本日、7月6日を第1回といたしまして現地調査を踏まえ、第2回、中間報告として親会であります「救急業務のあり方に関する検討会」に御報告をさせていただいて、第3回、第4回と年間4回のスケジュールの開催を目標としております。次のページをめくっていただきまして、「東日本大震災時の救急活動実態調査実施概要（案）」ですが、調査項目は大きく分けまして2つの実態調査を実施します。まず、「平成23年度上半期の救急出動件数等に関する実態調査」に合わせた追加調査ですが、詳細につきましては、別紙1を見ていただけますでしょうか。東日本大震災に関する救急出動等に関する調査ということで、まず東日本大震災そのものに関する調査ということで、対象地域は青森、岩手、宮城、福島、茨城、千葉となっております。調査内容につきましては、地震、津波それ以外について出動した出動件数、搬送人員。対象本部につきましては、調査対象地域内で活動を行ったすべての消防本部に対して行っております。避難所に関する調査ということで、これは全国で展開されております、避難所における救急出動の件数についての調査をいたします。これがまず1番目の項目です。2番目の被災地消防本部に対する実態調査ということで、これが別紙2の資料になります。まず被災地の消防本部に対する実態調査ということで、救急搬送体制について、被災地における救急活動について、救急救命士の特定行為の指示関係についてということで調査項目の案を挙げさせていただきまして、これらの項目について調査を行っていきいたいというふうに考えております。次のページをおめくりいただきまして、検討項目のそれぞれについて、詳細に説明させていただきたいと思えます。まず検討項目の「1 救急搬送体制の強化」について。被災地で求められる特殊な救急対応について、以下の点について御検討をいただきたいと思います。まず「既に課題が把握できている項目」といたしまして、「①大規模災害時の受け入れ可能医療機関の把握と病院選定について。②災害に強い通信体制の整備と関係機関（消防、医療機関・警察・自衛隊・海上保安庁・都道府県災害対策本部等）間の情報共有ネットワークの構築について」と「検討の前提となる実態調査を必要とする項目」。詳細

については、後ほど説明させていただきたいと思います。次のページをおめくりしていただいて7ページになります。まず「①大規模災害時の受入可能な医療機関の把握と病院選定」ということで、平時における病院への連絡方法については、救急隊から携帯電話による連絡をしている場合と消防本部指令センターから有線により医療機関に連絡する方法がございます。災害時における課題としまして、通信の被災とか混雑が起こった結果、病院を選定することができない。「情報通信網が途絶した状況下で、病院の被災状況を把握する方法」についてというのが、課題として浮かび上がってきております。検討項目としまして、このような状況下において、受け入れ可能医療機関の把握のあり方についての方策を検討する。2つ目の課題として災害時における医療機関選定であるとか搬送体制のあり方について。受け入れ可能医療機関が把握できる場合とできない場合によって、あるべき体制が異なるのではないかとということと、事前連絡なしに傷病者を搬送するといったことが、今回の災害でも行われたと思うんですけれども、こういう場合については何らかのルールづくりが必要ではないかというような検討項目を課題として挙げさせていただいております。次のページをおめくりしていただいて、同じような課題として、通信が被災混雑したという課題があるんですけれども、これに対しまして、災害に強い通信網の構築が必要なのではないか。関係機関がそれぞれの指揮系統・連絡手段を活用して行ったんですけれども、災害時に情報を共有する体制が必要なのではないかというのを、今回の課題として挙げさせていただきます。検討項目としまして、医療機関への消防救急無線、衛星携帯電話・MCA無線の整備、次に衛星携帯電話・MCA無線等を関係機関と共有できないか。そのほか、関係機関で統一した通信手段が構築できるかどうかについてを検討項目として挙げさせていただきました。次からのページにつきましては、「消防と病院の連絡体制について」ということで、手法として縦に携帯、衛星携帯、消防救急無線、防災行政無線、MCA無線というのを掲げさせていただいて、それぞれの導入費用とランニングコスト。同報性といいますのは、1対複数通信ができるかどうか。災害時の回線の強さ、その他について挙げさせていただいて、表にまとめております。携帯電話に関しては、購入費用が必要なんですけれども、月額使用料も必要。ただ、災害時には今回のようになかなかつながりにくかったということになります。次のページからは、それぞれの項目についての御説明になります。まず、MCA無線の災害時の活用のイメージですが、

MCA無線といいますのは、互いに接続された中継局を介して長距離の通信も可能な無線通信システムであり、携帯電話のように端末番号を指定した1対1の通信や同報機能により1対多の通信をすることが可能であるということです。現在、全国で約30万局が使用されているということになっております。活用状況に関しては、資料のとおりです。次のページをおめくりいただきまして、「消防救急無線のイメージ」なんですけれども、特に消防と医療との連絡手段ということで、消防本部におきましては、それぞれの通信網ということで消防救急無線が置かれている。これを仮に病院に置くとするならば、消防と医療の無線通信体制が整うので、こういう体制が構築できないか。構築するに当たっての課題がいろいろあると思うんですけれども、その辺を検討項目として、イメージとして挙げさせてもらっております。次のページは「防災行政無線のイメージ」の説明です。防災行政無線といいますのは、基地局が市町村庁舎にありまして、ここから移動局、携帯局とあるんですけれども、これが、病院に置かれているならば病院と市町村庁舎とで通信体制が構築できるというような図になっております。次の13ページをおめくりしていただいて、「被災地における特殊な救急活動について」ということで、「被災地消防本部における実態調査項目及び検討項目」ということで挙げさせていただいています。まず今回の災害において、救急活動はどのように行われたのか。例えば地元消防本部と緊急消防援助隊の連携はどのような活動だったのか。例示としまして、緊急消防援助隊に地元の救急隊員が乗り込んで道案内をしたとか、そのほか、どのような活動が行われたかを実態調査を行って検討していきたい。それから津波発生後の救急体制はどのような体制で行われたのか。例えばボートによる傷病者の搬送を救急隊で行ったのか、その後の対応はどのようなであったかということと、停電時の救急体制、エレベーターが使用できない場合、高層マンションからどのような形で今後対応すべきなのかというようなことについて、調査を行って検討していきたいというふうに考えています。また、東日本大震災において、不足した救急資器材はどのようなものがあつたのか。またこういう資器材があれば活用できたのではないかなというようなことを、必要となるマニュアルリストなどについて実態調査を行いながら検討していきたいと考えております。次のページからは「救急救命士の処置範囲」に関してでございます。これに関しましては、東日本大震災に際して通知文書が2つ出ております。この取り扱いについてです。まず、「大規模災害時のメディカルコントロールのあり

方」と「大規模災害時（通信途絶時など）における特定行為の指示のあり方」。「大規模災害時の処置範囲項目のあり方について」を検討項目として挙げました。15 ページをおめくりいただいて、まず「大規模災害時のメディカルコントロールのあり方」ということで、今回東日本大震災において、「大規模災害における救急救命士の特定行為に関するプロトコール及び指示体制等について」ということで、各都道府県消防防災主管部局長あてに、救急企画室長から事務連絡を発出しております。この内容を恒久化すべきかどうかについての検討と、「大規模災害時に活動する複数の緊急消防援助隊は、現地での活動に際してどのプロトコールを用いて活動するのか、どの指導医から指示を受けるのか」という課題がございます。参考としまして、消防組合法には、消防機関の職員が、応援のため出動した場合の指揮として、「応援を受けた市町村の長の指揮の下に活動するものとする」という法律上の条文がございます。

「平成 20 年災害時における消防と医療の連携に関する検討会での提言」におきましては、調整本部において消防機関・地元医療機関・DMA T が連携し指示体制等の方針を調整する」という提言がありました。次のページをめくっていただきまして、これが「東日本大震災時に発出したプロトコール・特定行為指示に関する事務連絡」文書ですけれども、「事務連絡（抜粋）」で「特定行為の実施に係るプロトコール」につきましては、「救急部隊の所属する消防本部が定めているプロトコールに従うこと」。特定行為に関する指示に対しては、「（１）災害対策本部が指定する医師から指示を受けること」。「（２）指定する医師がいない場合については、活動地域のメディカルコントロール体制下において指示を受けること」。（３）番目としまして、上記（１）（２）による指示を受けられない場合は、「所属する消防本部が指定する医師から指示を受けること」という方針の事務連絡文書を出していただきました。検討項目として、「大規模災害をどう定義づけるのか」、「大規模災害時のプロトコールについては、ある程度統一しておく必要はないか」、「指示体制について、どこからの指示を優先するか」を挙げました。「被災地消防本部に対する実態調査項目」として、「被災地でどのくらい特定行為が実施されたか」。事務連絡文書が発出されましたのが 3 月 17 日なんですけれども、これの前と後で、「指示を受けるにあたって不都合が生じた事例はなかったか」ということを実態調査項目として挙げさせていただいております。次のページに行きまして、通信途絶時における特定行為の指示のあり方について、厚生労働省が救急救命士の特定行為の取り扱いについて、事務連

絡を出しております。今回の通知は、東日本大震災に限った内容となっております。今後起こるであろう大規模災害についての解釈が定まっておりません。内容としては、「心肺停止状態の被災者に対し、医師の具体的な指示を必要とする救急救命処置を行うことは、刑法第 35 条に規定する正当業務行為として違法性が阻却され得るものとする」という内容になっていました。検討項目としては、通知の内容は十分だったのか。修正の必要はないか。通知内容を恒久化できないかということ、検討していただきたいと思います。実態調査項目につきましては、先ほどと同じ内容となっております。次のページに行きまして、「大規模災害時の処置範囲項目」につきまして、ここでの課題は、「救急救命士が医師の具体的な指示を受けて行う特定行為は、重度傷病者のうち心肺機能停止状態の患者に対するものとされている」。しかし大規模災害時には、傷病者が多数発生し、医師、看護師等の医療従事者が一時的に不足し、傷病者への対応が十分できない場合があります。救急救命士の態様について方針が必要なのではないでしょうか。まず、現状としまして、現在平時における 3 項目について処置範囲拡大の検討がなされております。ここでの検討項目は、「大規模災害時に限定して救急救命士にできる処置を拡大することの是非」。拡大する場合につきましては、先ほどと同じように、「大規模災害」の定義、「大規模災害時に限定し、救急救命士ができる処置」について。拡大しない場合には、「拡大することができない理由」と「大規模災害時において迅速に医療処置を開始する方法等」についての御検討をしていただければと考えております。次の 19 ページが救急救命士の処置範囲に関するもので、「救急隊員による応急処置と救急救命士による救急救命処置」。処置範囲拡大についてが赤のところ、これが平時について検討されている項目でございます。次の 20 ページの説明をさせていただきます。被災地までの移動手段として、列車での消防車両等の輸送について、消防車両を列車により、外部から被災地に輸送できないかということなんですけれども、陸上自衛隊中部方面隊のホームページから引用させていただきますと、JR 貨物を用いてこのようなことが訓練としてやられている。レスキュートレインは、ドレーグル・セイフティージャパンというところのホームページから引用させていただいたんですけれども、車両が救急編成になっている救急列車を準備できないかということなんですけれども、災害種別によっては被災地において鉄道軌道が残存していない可能性が高いと想定されております。次のページに行きまして、検討項目 4 番目「消防と医

療の連携」についてでございます。ここでは消防とDMA Tの連携につきましては、平成 20 年度にも提言されており、災害時における消防と医療の連携につきましては、DMA TだけでなくJMA Tとの連携も重要であります。東日本大震災における消防、DMA T、JMA Tとの連携について検証を行い、被災地への同時出動や指揮命令系統のあり方について検討を行っていただきたいと思います。次の 22 ページは、平成 20 年度の提言の概要になっています。次の 23 ページが、平成 21 年度の消防とDMA Tの連携・情報共有体制のイメージ図になっております。次の 24 ページがDMA T、JMA Tの活動の概要、構成、それから東日本大震災での活動実績を表としてあらわしたもののなんですけれども、それぞれの機関につきましては、後ほど各委員の先生方から御説明をしていただきたいと思います。次の 25 ページに関しましては、東京DMA Tの運用方式ということで、これは先日親会で、御説明していただきました内容なんですけれども、東京DMA Tの運用方式を掲示させていただいております。次の 26 ページからは、消防における緊急消防援助隊の活動についての御説明になります。今回の地震には主な被災県である岩手、宮城、福島 の 3 県に向けて被災地以外の 44 都道府県から緊急消防援助隊が駆けつけております。緊急消防援助隊の目的、経緯、概要につきましては、資料のとおりとさせていただきたいと思います。23 年 4 月現在、798 消防本部のうち 783 消防本部が登録されております。次の 27 ページをおめくりいただいて、「広域消防応援」ということで、消防の体制の説明ですけれども、通常の火災・事故の場合については、当該市町村の消防で対応するんですけれども、大規模な火災・事故・災害の場合については、近隣の消防本部や県内市町村からの消防応援をいただいております。より大規模な火災・事故・災害の場合については、緊急消防援助隊が、全国から駆けつけて災害に対応するというイメージになっています。次のページをおめくりいただいて、今回の緊急消防援助隊の特に救急部隊の出動実績になります。災害は地震関係について拾い出してみましたけれども、16 年、19 年、20 年にそれぞれの災害が起こり、今回の 23 年東北地方太平洋沖地震（東日本大震災）におきましては、総部隊 7,577 隊のうち、救急部隊 1,656 隊が出動しているという活動になっています。総数については、概数値になっています。次のページからは各県、まず岩手県における緊急消防援助隊の活動概要、陸上部隊と航空部隊の活動概要の説明図でございます。次のページが宮城県における緊急消防援助隊の活動概要になります。その次の 31 ページが、福島県に

における緊急消防援助隊の活動概要、陸上と航空それぞれ1日における活動概要の資料の提示となっています。32ページ目、検討項目5番目「消防防災ヘリとドクターヘリ等との連携」に関しまして、ここでの検討項目としましては、「①東日本大震災においてどのようなヘリコプター活動がなされたのかを調査、②消防防災ヘリ、自衛隊ヘリ、海上保安庁ヘリ、警察ヘリ、ドクターヘリ等の連携は十分だったのかを検証。③以上のことから導き出しされる課題への対応方策について検討」していきたいと考えております。次のページなんですけれど、「東日本大震災における消防防災ヘリコプターの活動」ということで、受援県、岩手、宮城、福島それぞれの県においてヘリが活動をしていますということでの例示です。右から2番目の「救急人員」につきまして岩手につきましては180人、宮城県におきましては366人の救急搬送人員があったという説明資料になります。次の34ページに行きまして、「岩手県内における消防防災ヘリコプターの活動（イメージ）」ということ提示させていただいております。活動事案集については、現在集積作業中ということで、イメージ図とさせていただいております。この中の赤字の山が救急事案についてです。次の35ページが「消防防災ヘリの出動状況」、事故種別救急出動件数の推移ということで、平時における消防防災ヘリコプターの出動状況になります。特に、転院搬送について、防災ヘリコプターの出動件数が多い。最後のページはドクターヘリの各都道府県別の運行状況について、平時の体制について提示させていただいております。資料1については以上です。

【部会長】

ありがとうございました。資料の説明だけでも大変な内容ですけれども、引き続きまして、本日はあらかじめ3名の委員の方々に情報提供の準備をお願いしております。東日本大震災における日本DMATの活動についてということと、同じくJMATの活動状況についてということと、同じくドクターヘリの活動状況についてという3つのテーマです。1テーマ10分程度で、資料そのものはたくさんの資料を御用意いただいたんですけれども、お時間の関係もございますので、1テーマ10分程度で、御説明お願いできたらと存じます。まず〇〇委員に、東日本大震災におけるDMATの活動状況についてということで、御説明をお願いしたいと思います。

【委員】

災害医療センターの〇〇です。よろしくお願いいたします。今回、DMATの基本的なところを含めて御説明くださいということだったので、「DMATとは」という資料を11ページまでそろえてありますけれども、ここにいらっしゃる方は、既にDMATとか十分知っていらっしゃる方が多いと思いますので、ここは、簡単に行きたいと思います。皆さん知っているように、このDMATというのは、阪神・淡路のときに6,400名亡くなられて、そのうちの500人がpreventable deathだったと。その反省のもとにこの16年間をかけて、DMATを初めとする災害医療体制をとってきたわけですが、我々が基本的に対象としていたのは、preventable death 500名というのは、震災による外傷のpreventable deathをいかに防ぐかということに心血を注いできて、そして体制をつくってきたということです。今回の震災は、津波災害がメインですので、それに対してできたこと、できなかったことがあったというふうに思います。資料の5ページ、ちょっと古いデータですが、今DMATは840隊、そして会員数にすると5,200名います。厚生労働省としては、1,000チームを目標にやってきましたので、今年度23年度いっぱいには、その目標を達成できるというような状況でした。12ページのところから行きたいんですが、今回の「東日本大震災でのDMAT活動」ということで、今回、16年をかけて我々がつくってきたシステムがまさに試されるというようなことになったというふうに思います。13ページですが、被災概要は皆さん知ってのとおりなんですが、医療面から見るとどのような特徴があったかということ、被災地が甚大広域であったために、非常に医療の提供が難しかった。情報が入ってこないとか、アクセスが難しいとか、そういうことで沿岸部400キロに及ぶということで、今までにない医療対応を迫られたということだと思います。また2番目として人的被害においてほとんどall or nothing というか、死あるいは無傷であったということで、我々がそもそもDMATの対象としていた重症外傷というのがほとんどいなかったということになります。3番目として、今までDMATが想定していなかったような入院患者の避難、これは孤立した病院での避難とかあるいは福島原発事故に伴うような、入院避難の移送が必要になって、それもDMATがかかわったということになると思います。14ページ、これも皆さんも知ってのと通りの統計ですが、阪神・淡路のときには6.8人の傷病者に対して1人死亡したということで、先進国であればこれは、大体10~15人に対して1人死亡ということで、いかに日本の災害医

療が、開発途上国並みかということが露呈したわけですが、今回の震災においては0.23といますから、傷病者、けが人の5倍死亡しているということで、これまでの世界の災害史の中でも非常に稀有な人的被害の特徴であったというふうに思います。15 ページ「DMA T活動概要」ですが、今回4県に対して340 チーム1,500 名を派遣しております。全都道府県からDMA Tが出動しています。活動期間は12 日間、我々は48 時間から72 時間だというふうにずっと言ってきたわけですが、今回は12 日間。これは後でまたどうして12 日間になってしまったのかというお話をしたいと思います。活動内容は、病院支援、域内搬送、広域医療搬送、病院入院患者避難搬送ということになります。16 ページ。「DMA T事務局による初動」としては、3月11日、4分後にDMA T本部を立ち上げまして、24分後には全国のDMA T隊員に待機要請を出しています。午後4時ごろになりますと、各県から派遣要請が出ましたので、それぞれ参集拠点を決めて、そこにDMA Tを出動させております。17 ページは、陸路で入った人たちがほとんどですが、遠方から入った人たち82 チーム384 人と書いてありますけれども、千歳、伊丹からは4便、福岡からは3便ということで、DMA Tがそれぞれ花巻空港、あるいは百里基地というところに入っております。これも訓練ではやったわけですが、実際に大きな震災が起きたときに、本当に自衛隊がDMA Tのために自衛隊機を飛ばしてくれるのかということが少し懸念があったわけですが、これも非常にスムーズにできたということだと思います。写真は飛ばしまして、それぞれの県でどんな活動をしたかというところですが、まずは岩手県です。3月11日から19日9日間の活動期間でありました。まずは各県の災害対策本部に事前から決められていた統括DMA Tを非常にスムーズに4県とも災害対策本部に入れて、DMA T調整本部というものを4県とも立ち上げています。岩手県においては花巻空港にSCU、臨時医療施設を立ち上げています。病院支援に関しましては、そこに書いてある病院に病院支援に入っております。宮城県は6日間に及んでいますけれども、SCUとしては霞目基地に置いております。これは後で出てきますけれども、石巻市立病院からの入院患者さんの移送ということで、この霞目基地が非常に活躍しているということになります。病院支援はそこに書かれている病院に病院支援を出しています。23 ページ、福島県は、2回、5日間と6日間に分かれていますけれども、これは最初の5日間というのは津波災害に対してですが、あとの6日間というのは、

もう一度福島県のほうから、原発事故に対する 30 キロ圏内の入院患者さんの移送のためのDMAT要請というものが出ましたので、その2つに分かれているということになります。25 ページ。茨城県は、筑波メディカルセンターにおいて、病院支援を行っていますけれども、ほかの 3 県に比べると、ニーズはそれほどなかったということになります。次のページ、調査ヘリというのもともと災害医療センターが契約しているわけですが、これもスムーズに計画どおり飛ばすことができました。4 基チャーターして飛ばしていますけれども、それぞれ東京から統括DMAT、あるいはアドバイザーというのを各県の災害対策本部にあるDMAT調整本部に運ぶということで、主に統括DMATの搬送とかあるいは現地に入った後は、DMATを乗せて移送したというようなことをやっています。27 ページ、「ドクターヘリの活動」ということで、これは今回非常に効果的だったわけですが、実は 3 月 11 日発災して、夜全国のドクターヘリの機関にDMAT事務局から全部電話をしまして、被災地に出てくれないかというようなことを交渉しました。その結果、計 16 機が被災地に出ていただいたということになります。これは後でまた詳しい説明があるかもしれませんが、140 名の患者搬送を実施できたということになります。ヘリの拠点としては、福島医大、そして花巻空港にありています。福島医大が 8 機。花巻が 7 機プラス調査ヘリ 4 機を入れると 11 機で活動を行っています。30 ページ、広域医療搬送ですが、今回、数は少ないんですが 19 名の広域医療搬送を行うことができました。これも訓練では行っていたわけですが、実際に行えるかということがちょっと懸念されたわけですが、数少ないんですが、初めての日本における広域医療搬送が実施できたという意味では、非常に意義深いというふうに思います。次の 31 ページが広域医療搬送の送った先ですが、花巻から千歳あるいは秋田空港、そして福島から羽田空港というようなことで、19 名の患者さんを送っています。次のページは花巻のSCUの写真です。花巻のSCUにはDMATが 72 隊集まっておりました。4 日間で花巻空港に入ってきた患者さんというのは、136 人います。主に宮城県の沿岸部の病院からドクヘリ、あるいは防災ヘリ等で運ばれてきた患者さんが 136 人。そのうち 16 人が、先ほど言いました広域医療搬送の適用になりました。それ以外の 120 人というのは、ここのステージングケアユニットでもう一回診させていただいて、盛岡の市内の病院で対応できるだろうということで、120 人に関しては、花巻空港のSCUから市内の病院に搬送

しています。次の写真が実際のC-1機の機内の写真です。これもバックボードに、モニター、呼吸器、輸液ポンプを固定しておりますけれども、これもすべて訓練どおりに行えたということになります。日本の広域医療搬送計画というのは、首都直下型、東海・南海、南海地震に対してはあったわけですが、この宮城県沖地震に対する広域医療搬送計画というのは実は準備中でまだなかったわけですが、そういう中でもこういうことが実施できたというのは、9.1訓練の効果、あるいは実際に内閣府、内閣官房、防衛省、厚労省、非常に連携できた結果ではないかと思います。34ページは入院患者の避難ということで、こういう新しいミッションがあったということで、石巻の孤立した病院からの搬送。そして、福島県においては30キロ圏内の入院患者の避難ということになります。福島県においては最初双葉町から移送された患者さんが、移送先で21名が亡くなるという悲しいことがあったわけですが、その後、それを繰り返してはいけないということで、DMATがすべての移送にかかわりますということで行いました。それによって、数名の方が移送にかかわって亡くなったわけですが、それ以上の死者は出さなかったということで、移送に関して、DMATがかかわったことによって、preventable deathを防げたのではないかなというふうに思っています。36ページ域外拠点、これは受け手側もSCUを立ち上げていただきました。実際に使ったのは、千歳と羽田ですが、それ以外に伊丹、入間、福岡空港にもSCUを打ち上げていただいで待機していただくことになります。37ページの写真は羽田空港のSCUですが、かなりの大人数の患者さんが、広域搬送されてきても受け入れられるという体制を、これは日本DMATプラス東京DMATが合同してつくっていただきました。最後に38ページですが、活動のまとめです。今回我々は基本的には、想定どおりの初動ができたというふうに思います。広域災害救急医療情報システムというものも、ある程度機能した。被災地内ではなかなか問題は残ったわけですが、被災地外においては、広域医療情報システムEMISプラスその中のDMAT管理メニューということで、合理的に活動ができたのではないかと思います。また初めての広域医療搬送が実施できた。しかしながら、我々が本当の対象としていた外傷というニーズはほとんどなかった。それに対して少し時間を置いてDMATが引き揚げた後に、さまざまな病院入院患者さんの避難のニーズがあったということになります。そのようなものに対してもDMAT2次隊、あるいは3次隊を出動

させることによって対応できたというふうに考えています。今後の課題、39 ページですけれども、「指揮調整機能の更なる強化」ということでやはりDMAT本部として、県のDMAT調整本部、活動拠点本部、なかなか通信のインフラの問題もありましたけれども、連携が、指揮命令系がうまくいかなかった部分もあった。要請したのに例えば移送を頼んだのに、なかなか準備ができなかったり、あるいは誤情報というものがありました。そういうような指揮命令系に関しては、さらなる強化が必要だろう。特に他組織との連携ということで、もうちょっとうまく例えば消防とか自衛隊との連携ができていれば、DMATをもうちょっと効果的に被災地に配することもできたのではないかと思います。2 番目は通信インフラですけれども、もう少し強化しないといけない。思った以上に通信インフラEMISが使えなかったということで、やはりEMISにちゃんとつなげるような衛星電話、BGANとかそういうようなものをすべてのDMATあるいは拠点病院に持たせる必要があるだろうということです。3 番目としてはDMAT全体のロジスティックということで、これもDMATが48 時間、72 時間、それ以上のニーズがあったわけですが、引き下がらずを得なかった。それはDMAT自身が食料も持っていませんから、もう少し活動のニーズがあったにもかかわらず帰らなければいけないところもあったということで、もうちょっと後方ロジスティックというものをしっかりすれば、DMATの活動期間も延ばせるだろうというふうなことになります。最後のページ、今回我々が防ごうとした外傷 preventable death というものが出なかったというよりは、出ようもなかったんですけれども、それ以外に今回は新たな preventable death。DMATが引き揚げた後に移送中あるいは救護所で低体温になるとか、そういうような地震あるいは津波の難を逃れたにもかかわらず、2 次的にそういうようなことで亡くなられた患者さんがいた。そういうのはやはり新たな preventable death という言葉ができたのではないかと思います。DMATの後にどうしても今回医療ニーズと供給のほうにギャップがあった。医療の空白みたいなものが生じた。そういうものを防ぐために、他機関とのスムーズな連携というのがさらに必要だというふうに考えています。最後、福島原発を受けて、DMATは全く放射線災害に関しては、教育とか装備をしていません。ただ今後、今回の活動を通して、DMATに関してもそういうような教育とか装備を持たせていく必要があるのではないかと思います。今後の検討課題になるかと考えています。ちょっと長くなってしまいました

けれども、以上です。

【部会長】

〇〇先生、どうもありがとうございました。質疑は、後ほどまとめて行いたいと思いますので、御協力いただきたいと思います。続きまして〇〇委員に「東日本大震災における J M A T の活動について」ということで、情報提供をお願いしたいと存じます。

【委員】

資料の 3 をごらんください。開けまして、2 ページが主な活動ということでまとめたフロントページです。J M A T、Japan Medical Association Team と私が名づけたのですが、別段災害という言葉は入っていませんが、よろず引き受けようということで、1,300 チーム以上被災 4 県に派遣しました。2 つ目の「医薬品の搬送」については追加資料の中にあります。3 つ目の被災者健康支援連絡協議会は、フォローする団体を日本医師会長が協議会の会長となって、現在引き続きやっております。4 つ目の「被災地の医療再生のため、国との折衝」は、被災地の医療機関の再建や、補助、公的融資、優遇税制、雇用、さまざまなリソースの職員たちに対する手当等について現在進行中で取り組んでいるということを原則にして各論に入りたいと思います。3 ページをお開きください。まず介入していくという場合に、今回非常に大きな問題がありました。申し遅れましたが、私は福島県いわき市で昔医師会長をやっていて、今、日本医師会の救急災害担当と国際担当をやっておりますので、まさに被災をしながら支援プログラムをつくるという立場になりまして、いろいろ皆様に御迷惑をかけながら、御支援もいただきました。放射線の測定値、実測値に基づいて支援しようという原則に立ち、日本医師会で独自にデータをマッピングしてホームページ上で公開しました。これが、日本医師会の会員のページに載せていたので、なかなか皆さんにごらんいただけなかったのですが、地元のいわき市医師会のホームページ上ではだれでもアクセスできるページに同じもののリンクが張ってありまして、それによって支援をお願いする、要請するという形をとりました。それから文科省に対して、子供に対しては特別な扱いをしてくださいという申し入れをしました。4 ページをご覧ください。今まで preparedness として何を行ってきたかということで、2006 年にはインドネシアを含め、地震・津波といった大きな災害が何度もありましたので、これを一つのテーマにしました。もう一つは感染症です。この 2

つが、Disaster Preparedness ではないかということで、私が担当になって以来、まず取り組みましたが、これは英語で全部出版しましたので、国内での浸透性が少し悪かったと反省しております。5 ページです。日本医師会には救急災害医療対策委員会があります。私は緊急被曝医療ネットワーク、放医研の中の会議にももともと入っております。JCOの事故以来、このような講習を受けた立場だったということは、お話ししておきたいと思います。6 ページをお開きください。1 年前に、JMAT というものをつくって、災害の後のフォローということをオールジャパンで考えたらどうかということを、記者会見においても提言いたしました。それが、日医のホームページ上に載ったのがちょうど1 年前の3 月 11 日だったのですが、JMAT については中身について詰めて3 月を目処にレポートを出そうという最中に起きたということを御報告したいと思います。7 ページをごらんください。JMAT 構想に関しまして、実際には、中身を具体的にいろいろ詰めて合意形成をする途上で、もう始まってしまいましたので、このようなことを考えました。基本的には救護所医療または被災地の病院、診療所の支援等々ということを行い、加えて、公衆衛生的な介入も必要だろうと考えました。それから、地域医療ですから、医療や介護保険を含めた地域のネットワークの再構築というものを考えまして、原則ドクター 1 名、ナース 2 人、それから事務職員または運転手の方が 1 名として書類を発出してもらうということと呼びかけました。今現在一番新しいデータで見ると、6 月 27 日現在でドクターで 2,147 名、そのうち約 6 割弱が日医の会員ということですので、日本全体のドクターの 6 割弱が、日本医師会員でございますので、会員、非会員を問わずオールジャパンのドクターが応じてくれたのだと思います。それからいろんな職種の方々に最初から入っていただき、全日病などの病院団体にも最初から応じていただきました。今 6,000 名を超えて、まだ活動を続けている状況です。今まで入ったチームの内訳、場所が 9 ページにあります。まだ準備中のチームが 21 チームあります。次に 10 ページをごらんください。岩手県です。岩手県に派遣対象となる地域を聞き取りました。派遣先については、まず、派遣元を地区ブロックごとに分け、東北地方は日本海側が太平洋側を支援するという概念で決め、あとは各派遣先の医師会と、派遣元の医師会が相談をしながら日本医師会が間でコーディネートするというようなフォーマットをつくりました。岩手県への派遣はだいたい終わった終わりました。次に宮城県には、このような派遣がなされているということで、まだ継続中です。

それから福島県にはこのような形で、派遣がなされ、JMATとしての派遣は終了しております。今のままだあれば7月15日にJMATの終結宣言をしまして、それに引き続いてJMATⅡというかたちで、もっと広い介入の仕方、いわゆる災害支援からははみ出しても良いので、今回に関しては地域支援を行うということを今考えているところです。支援の方法に関しては、被災県に各地区の支援カレンダーをつくってもらい、そして必要な数が一遍に来るのではなくて、ある程度長期に継続して支援を行えるような形をとりました。ただ実際には、各病院間の援助や、とりあえず来てみた方もいらっしゃいますし、いろいろな微調整は必要でした。それから現地の対策本部で朝晩の打ち合わせをしてもらい、そのときには地域の医師会長にコーディネーターと議長をやっていただいて、DMA Tとも連携しながら同じ場で相談しながら、大体40万人の避難民が最初避難所にいたわけですから、その健康支援に、いろいろな地域医療の支援をしていただきました。13ページはJMATトリアージカードですが、とりあえず着の身着のままの避難民が40万人もいたものですから、本人に持たせるカードとして渡しました。色別にして、要観察から要治療まで、とにかく次に行ったチームにわかるように、このカードを持っていくということから始めるという形をとりました。それからもう一つは左側にあるチェックリストですが、これは現地の対策本部、打ち合わせ場所に、この避難所にはこういう要注意の人がこれぐらいいるというような情報を持ち帰ってもらうものです。この2つを組み合わせながら、救護処理をやってもらうということにしました。14ページをごらんください。JMATの課題については、様々あります。これは国民保護法において都道府県医師会は、地方指定公共団体に指定されておまして、否応なしに巻き込まれるということになっていますので、都道府県医師会長は対策本部の中で大体副本部長のポジションになりますので、医療部門では情報に一番近く、また協力をしなければいけないということになっています。特殊災害の問題については、今後とも研修体制等々組んでいこうと考えています。一番下の交通手段というのは、結構大きな問題で、今回もとりあえず自力で被災地へ行ってくださいということで突き放していましたが、そうは言うものの通行証はこうやって取ってくださいというような警察庁への要請とガイダンスは行いました。次のページをごらんください。指揮命令系統等、話がいろいろありますが、結局は同じ場所に集まっていて話をして、それから、救護所医療ですから、後方搬送をどうするかというような話になるのだ

と思います。今回は 500 キロ圏という広さで、いろいろありましたけれども、まず災害医療はどうあるべきかというところについて、もう一回戻る必要があるだろうと思っていますが、何より情報が乏しいのです。原発の情報も含め政府系の情報は、必ずしも十分ではなかった。現場の人たちは、何としてもよりベターな方向にもっていく必要があるので、共通フォーマットの連絡手段が、今後検討されるべきだろうと思います。もう来た人が共有できるような通信手段というものが、今後検討されるべきではないかということが、いろいろな議論の中で出てきております。そして最後は、撤収、そして地元への引き継ぎということが意義だろうと思っています。16 ページは先ほど述べたことが書いてあります。17 ページ、今後の対策ですが、東日本大震災の余震という言葉が出なくなっていますが、関東大震災にしてもインドネシアの大地震の後でも、地震・津波は繰り返し数カ月規模で起こっていることを考えれば、まだまだ安心できるわけではないというのが第一点です。もう一点は松本、和歌山の地震を見ても、フォッサマグナのあたりや西日本まで地震が起き始めているということは、安心できないとつくづく思います。生涯教育の研修プログラム中で、全医師が研修をする必要がある。そういうプログラミングを考えようと思います。先々週ハーバードに参った際には、向こうの救急災害のドクターからも、その場合にはいろいろサジェスションしていただけるというお話をいただいていますので、また検討して発表したいと思っています。最後の中央防災会議への参画というものも、当然必要だろうというふうに考えております。その次の 19 ページをごらんください。医療物資の被災地への輸送に関しては、まず、日本製薬工業協会を通じて、10 トンの医薬品を寄付していただきまして、どうやって運ぶかということで、アメリカ軍に横田基地から花巻と仙台の 2 カ所に運んでいただきまして、現地に届けることができました。また自衛隊にもお世話になったと聞いています。またこれとは別に愛知県医師会から福島空港に三菱重工のプライベートジェットで薬剤が切れていた福島県いわき市に運んでもらいました。それ以外にも別ルートで福島県に送っていただいたり、こういうことが同時進行でありました。やはり必要なときには必要なリソースと一緒に動いてもらうことができたということは、非常に大事なことだと思っています。今後とも必要なときに必要なことが相談できるような体制がとればいいなと思っています。死体検案の話がその次のページにあります。これも今回は非常に大きな仕事でしたので、このようなフォーマットをつくり対応

しました。23 ページが被災者健康支援連絡協議会についてですが、24 ページに参加団体の表がありますので、こちらは読んでいただければと思います。現在もさまざまな議論を進めております。死体検案に関しましては、DMA Tにもお世話になったということを伺っておりまして、やはりお互い必要なときに融通しながら現地のニーズにこたえられる体制づくりを、今回のことを教訓にしながら行っていく必要があると思っています。最後に蛇足ですが、スライドにはありませんが、海に流された方が今回多くなりましたが、やはり陸から救助するイメージだけでは済まないもので、きょうも来ていらっしゃるが、海上保安庁、自衛隊を含め、海、空からどうやってサーベイして、道路、鉄道が断裂している状況でどのように運ぶかについて、フォーマットづくりが急がれるのではないかと感じております。以上です。

【部会長】

〇〇先生、どうもありがとうございました。では続きまして、〇〇委員に東日本大震災におけるドクターヘリの活動状況についてということで、情報の御提供をお願いしたいと思います。

【委員】

資料4と「HEM-Net グラフ」というのを別冊で皆さんのところに配布いたしております。あらかじめこれの9ページをお開きいただきたいと思います。ざっと説明申し上げます。ただ、私はドクターヘリを日本に配備しようというNPO法人の副理事長という立場でございまして、決して当局の立場にあるわけではありません。そういう立場で説明するということをあらかじめお断りしておきたいと思います。資料4でございすけれども、ドクターヘリは平成13年4月1日にスタートいたしました。あくまでもその段階では、実施要綱、今でもこの実施要綱はあるわけですが、この要綱に基づきまして導入が始まったわけです。そういう要綱の段階から、これではいかんのではないか。法律が必要ではないかという声がわきました。これについては我々HEM-Netも国会のほうにいろいろとプッシュいたしまして、最終的に超党派の議員立法ということで、平成19年6月27日に、そこにございます特別措置法が公布・施行されたということです。この特別措置法の意義は非常に大きなものがあるわけですが、そこにざっと6つまとめてみました。1つはドクターヘリは先ほど申しましたように、平成13年の段階では単なる要綱だけが根拠でございましたけれども、この法律によってドクターヘリに法的な根拠が与えられたと

ということです。そしてその役割については、第1条の目的規定に規定されておりますけれども、言うならば、大変高い公的な性格、公務性といっていいと思いますけれども、そういう公務性が役割として与えられたということです。また、ドクターヘリの任務についても箇条書きで書かれておりますけれども、きちんとした任務が与えられております。航空法に第81条の2という規定がありますが、ご案内のように航空法では一定の規制を課しています。その規制を外す規定というのが、第81条の2になるわけですが、その中で「救助」あるいは「搜索」というのをもっばらとする、そういう航空機については規制を外しましょうとなっていますが、この「救助」に相当する仕事を、ドクターヘリ特別措置法でもってきちんと任務として規定しているわけです。この3つは大変大きな意義があると思います。4つ目ございますけれども、救急現場と医療機関の間というのは、従来、消防法に基づきまして、消防機関が「救急業務」としてやってきた。ある意味で消防の領域だったわけでありまして、この法律に基づきまして、新たに医療がここに参入する。救急医療ということでお医者さんが現場に行き、そこで治療して搬送するという、新たな世界が始まったというのも、大きな意義があると思います。⑤でございますけれども、各都道府県は医療計画というのをつくることになっていますが、その医療計画にこのドクヘリを用いた目標というものを定めなさいということが規定されております。そして、補助金は従来、冒頭の実施要綱に基づいて出していたわけですが、それについても、この特別措置法により法的な根拠が与えられたということでございます。もう一つ重要なのは、特別措置法の施行を機に、翌年の平成20年の11月に超党派でもって議員連盟ができたことです。これは国民の代表としての国会議員が、特別措置法をつくっただけで十分というのではなく、きちんとフォローしていくぞという姿勢が見えており、我々にとり大変心強い議員連盟であります。そういう議員連盟の力もありまして、6月13日現在でございますけれども、23道府県に27機のドクターヘリが配備されております。複数機として2機が千葉県、静岡県、3機が北海道。一番最近入りしたのは島根県です。ちなみに申し上げますと、今後、導入予定というのをざざっと見てみますと、12の県が新たに加わることになるかと思っておりますので、平成24年度いっぱいぐらいには、35道府県になるのではないかと思います。大変多くの県が、ドクターヘリを配備するという、そういう時代に差し加わってきているということです。運航経費でありますけれども、先年までは1億7,000

万円でございましたけれども、いろいろな運動も幸いして、現在は2億1,000万円となっています。御案内のようにドクターヘリというのは、消防防災ヘリのように、自治体が保有するものではありません。運航会社が持っているヘリをチャーターするということで、年間約2億1,000万円、そのための経費がかかる。うち、2分の1を国が補助いたしますというので厚生労働省が補助しておりますけれども、残りの2分の1は地方負担ですから、毎年1億円を超えるお金を一般財源で措置しなければいけない。これは財政力の弱い県には大変な負担なんです。これが非常に大きなネックとなりまして、実はなかなか配備が進みませんでしたけれども、私どもも働き、特に議員連盟が働き、そして総務省の自治財政局のほうが大変な判断をしてくれまして、特別交付税でこの残りの2分の1、地方負担の部分をカバーしましょうという地方財政措置を講じてくれました。特に財政力の弱い県では、8割まで算入される。お金持ちの県でも5割が参入されるというわけであります。大変財政力の弱い県では、わずか2,000万円を一般財源で措置すればドクターヘリが入るということになりまして、さっき申しましたように、早晚35の県に入るだろうと思います。次のページ、運航件数でありますけれども、島根県はまだでございますから、26機分で計算しますと、9,452件が飛んでいるというわけです。お手元の「HEM-Net グラフ」の一番最後のページに地図とともに、その実績が載っておりますので、後ほどご紹介させていただきたいわけですが、ベスト3は豊岡病院、日本医大千葉北総病院、長崎医療センターです。特に豊岡病院につきましては、人員で見ると1,000人を超えているわけです。1,000人を超えるというのはドイツ並みになったということでありまして、これは大変なすばらしい成果です。豊岡病院は、参入してまだ2年目ぐらいです。大変若い歴史しかないんですけれども、〇〇先生という意欲的な先生がいまして、消防機関との連携がべらぼうにいいということで、すばらしい成績を挙げています。累計で見ました場合に4万7,171件、運航しています。すばらしいことは、この4万7,171件を運航しながら1件も事故を起こしていない。これはすばらしいことです。アメリカではヘリコプターはかなり事故を起こしていますけれども、日本のドクターヘリはそういうことがない、これは非常に自慢していいかと思います。それから、覚知から要請までどのくらいの時間を要したかということについては、ちゃんとした資料を日本航空医療学会が持っていますが、残念ながら今日は手元にありません。経験が豊富な救急救命センターについては、大体20機関の平均が15分で

す。新人のところは21分かかっていますけれども、ベスト3を見ますと、聖隷三方原病院と豊岡病院は、覚知から要請までわずか8分で対応しているということでございます。これでもまだまだ時間がかかっているのではないかという気がします。覚知即要請というふうにならないと、下にご書いてございますように要請から治療開始までの「15分ルール」に追いつかない。最近「15分ルール」ではなくて「8分ルール」ということもいわれていますが、短い時間の中で治療にタッチしていくという時代に、ヨーロッパあたりではなっているわけですが、残念ながら、我が日本国はそこまで至っていない。その辺の問題としては、1つには航空法施行規則第176条が絡んでいる。我々のドクターヘリというのは第二号に位置づけられています。消防のほうから出動してくださいというお願いが入って初めて現地に着陸できるという仕掛けになっています。そういう点ではドクターヘリというのは、第一号の消防防災ヘリとか警察ヘリとか自衛隊のヘリに比べて、2次的な存在というのが現在の施行規則での位置づけです。しかし、これは極めて大きな問題があるということで、我々は、第一号の消防防災ヘリ並みに格上げすべきであるということをお願いしているんです。次の東日本大震災におけるドクターヘリの活動状況でございますけれども、先ほどの説明でドクターヘリ16機が活動というお話がございましたけれども、我々の把握しているところでは、さっきの「HEM-Net グラフ」の益子先生の報告書の左のところで四角で囲ってあるとおり、18機が被災地において活動したということでございます。これは日本航空医療学会が調査した数字です。26機のうち18機が飛んだというのは大変なことでありまして、阪神・淡路大震災の反省のもとでドクターヘリが誕生し、そしてこれまでも地震がある度に飛んでいますけれども、これほどすごい機数が飛んできて活躍したというのは、1つの画期ではなかろうかと思います。ドクターヘリ出動の手順でございますけれども、これは御案内のように、DMAT活動要領というのがありまして、そこに「災害時、必要に応じドクターヘリをDMATの活動支援にも活用することができる」と書いてありますとおり、あくまでもDMATの付属物というか付随物というか、そういう位置づけになっています。そういうことで、DMATが動けばそれに付随して動くというそういう形になっているのが現状です。DMATは先ほども説明がありましたように、急性期で活動するということになりますので、ドクターヘリもそれに付随する形に現状はなっている。問題点としてそこにちょっと書きましたが、防災基本計画、日本

の防災についての一番上位の計画は防災基本計画でございますけれども、それを幾らめくってみてもドクターヘリという言葉は出てこないんです。DMA Tというのは出てきます。今申しましたように、DMA Tの活動要領を見ると、そこにドクターヘリが言及されているということでもあります。こういうふうな位置づけでいいのか。戦力として早晩 35 道府県に配備され、複数機の数も加えれば、大変な数のドクターヘリが日本において活躍することになれば、これは、やはり防災基本計画にきちんと位置づけるべきではないか。こういうふうに私どもは思っています。次のページですが、さっき申しましたように、DMA Tの活動と連動するわけですので、急性期の 48 時間か 72 時間か、それまでが限度であるということでございます。しかし DMA Tの活動要領を見ても、「必要に応じて不足する医療資器材の搬送など後方支援のためにも活用できる」ということがあえて書いてありますし、それから先ほども説明がございましたように、急性期を過ぎた段階においても需要がある。そういうふうなことを考えますと、DMA Tの活動に付随して、急性期という時間で限界を迎えざるを得ないというのでいいのか、こういう問題点があるかと思います。それから、全国一斉に出動の要請をしたという、先ほども御説明がありましたけれども、一方では緊急消防援助隊を見ますと、第 1 次、第 2 次というように段階を追って出動する仕組みになっています。「一斉に」というのも、それはそれなりの意味があるのかも知れません。この「HEM-Net グラフ」で対談をした〇〇先生とか〇〇先生は、急性期というものを念頭に置いている限りは、一斉に来てもらわないと意味がないんだとおっしゃっているわけです。しかし、48 時間という制限を仮に取り払うということになれば、1 次、2 次のような部隊運用といえますか、そういうふうなやり方というのを考えていかなければいけないのではないかな。こんな感じがいたしております。先ほどちょっと申し述べましたけれども、ドクターヘリについての我々の悩みは、航空法上の問題です。繰り返しますけれど、航空法上大きくいって 3 つの規制があるわけです。臨時の着陸をしちやいかんとかいろんな規制があるわけですが、その規制を外す特例の規定が航空法施行規則第 176 条であります。ドクターヘリというのは、冒頭申しましたように、平成 13 年の発足時の段階では法律の根拠はありませんでした。そういうときには第二号に位置づけられてもやむを得なかったとは思いますが、平成 19 年に特別措置法ができ、先ほど説明いたしましたように、法的な根拠を与えられ、そして公務性を与えられ、あるいは任務とし

て立派な公的な任務が与えられたということを考えると、これは第一号に位置づけられている自衛隊のヘリ、消防防災ヘリ、警察のヘリ、あるいは国土交通省のヘリ、海上保安庁のヘリ、そういうふうなものと全く異ならないものになっていると、私は理解しています。そういう点で、今後は第一号に格上げすることによって、いちいち消防からの依頼・通報がなくても現場に着陸できるようにしていくべきだと思います。今回の大震災を踏まえましたが、ああいう大混乱時に第二号を杓子定規に守った日には救える命も救えません。このことについては、「HEM-Net グラフ」の10ページに日本航空医療学会の〇〇先生が、航空法上の問題点として論文を書いていらっしゃいます。後ほどお読みいただければよろしいわけですが、アンケート調査をやった結果、消防からの要請なしに飛んでいるという実態が出ています。当然だろうと思います。そういう実態に関して、私どもは、そもそも災害時における制度がきちんと整備されてないからであるということで、航空局運航課のほうにお願いに参りました。そうしましたら、今回のこういう大災害に対して第二号を弾力的に解釈していかないと追いつかないということから、弾力的な解釈をしたということでした。その弾力的な解釈というのは、176条第一号に書いてあるいろんな国家機関、国土交通省とか消防庁とかそういうふうな国家の機関が構成員である政府の緊急災害対策本部、そちらのほうでOKをしておればいちいちの要請は要らない、そういう解釈をしましたということでした。ただ、そういうことを我々は全然知りませんでしたので、これはきちんとした文書が欲しいということで、私どものHEM-Netと日本航空医療学会の理事長連名で運航課長のほうに正式な公文書で照会しました。正式な回答文書が早晚届くと思いますけれども、こういう弾力的な運用を当局もやってくれたというのは、非常にありがたいなと思います。しかし、根本的な解決を考えると、それは先ほど申しますように、第一号に格上げしてしかるべき状況に現在はあるというふうに理解しておりますので、そういうふうにしていただきたい。このお願いはNPO法人が幾ら言っても始まりませんので、厚生労働省医政局指導課のほうからそういうお願いを航空当局のほうにさせていただくことが重要かなと思います。この「HEM-Net グラフ」はちょうど東日本大震災の特集ということで、急遽、八戸市民病院の〇〇先生と福島県立医大の〇〇先生と私とで座談会を持ちました。時間がないので説明いたしません、かなり本音というか、ホットな話もぼんぼん出していただいております。1つの例を挙げますと、ドクタ

一へりは現在、給油のプラオリティがきちんとされていないというので、一生懸命飛んできたんだけど、給油の順番がなくて活動が1日遅れたとかそういうような問題も書かれています。こういう解決する問題が多々ございます。後ほどごらんいただければと思います。以上です。

【部会長】

〇〇先生、どうもありがとうございました。お三方の委員の方々に詳細な情報提供をいただきまして感謝申し上げます。それでは、本日の検討に移りたいと存じますが、残り時間が30分ほどになりました。きょうの資料の量、それから課題の量からいって、詳細なディテールの部分にまで議論を進めることはもとより無理なことでございます。それでそれぞれ親会から付託されている課題、既に共通の認識が高まっている課題、項目。さらには検討の前提となる実地調査を経て課題に挙げるかどうかという、その3つの段階で、今、検討項目が認識されているところでございますので、この辺の既に資料の中にある課題について、それぞれその妥当性あるいはこういう課題もむしろ追加したほうがいい。検討項目に加えたほうがいいという視点で、本日のところは、御議論いただけたらありがたいというふうに存じます。順次そういう観点で御意見を賜ればと思いますが、まず、1つ目の検討テーマが救急搬送体制の強化ということについてのテーマになりますが、これについて、今お願いしたような観点から、御発言いただけたら大変ありがたいんですけども、お願いできますでしょうか。

【委員】

最初に資料を見させていただきました。別紙1と別紙2で今回の実績評価をなされていることなんですけれども、その中でもう考慮なさっているのかもしれませんが、救急車の活動実績の中に、対応できなかった部分というのがかなりあると思います。実動に出た分だけでなく、要請がどのくらいあって、そして対応がどのくらいできたのかというような観点でもちょっとまとめていただけたらと思います。もう一つ、我々はずっと、震災の大きな災害になると、限られた救急車をいかに使用したら効果的なんだろうということを考えているわけなんですけれども、新潟中越沖のときには、僕たちは一応データとして、現場に行くよりも病院間搬送に使ったほうが、重症患者さんに対して対応ができる可能性が高いと。だからそちらのほうに限られた救急車を投入すべきということを提言したこともあるんですけども、

ぜひその辺で、今回救急車の要請がどれだけあって、そしてその中でどういうような使用の仕方をされたのか。そしてそれがどれだけ効果的だったのかというようなことも、ぜひ、教えていただけたらと思います。

【部会長】

ありがとうございます。大変貴重な御提言だと思います。

【委員】

これも調査対象が消防本部になっているわけです。基本的にはそれでいいのかと思いますけれども、幅広く他の関係機関との関係、ドクターヘリとか、その他いろんなことを考えますと、県の災害対策本部も調査の対象にして幅広くとらえないと、消防だけの世界だけでは、カバーし切れない部分があると思うんです。そういう点で県の災対本部というものも対象にして幅広く調査してもらうことが重要ではないかと思うんです。そこら辺をあえて消防本部に限ったのかどうか。そうであればどういう理由でそうなのかというのを教えてください。

【部会長】

それは事務局、お願いできますでしょうか。

【事務局】

今回の東日本大震災に係ります消防の対応につきましては、私どもだけではなく、いろんな災害対応の部局がございますので、災害対策本部そのものについては、防災課、国民保護・防災部のほうでの対応が大きいと思っております。私どもが調査しようとしているのは、救急出動の観点からの調査でございまして、そういう意味ではすべて消防本部、緊援隊も含めた形で今回やるものですから、かなり大がかりな調査になりますが、補足はできると思います。先ほど〇〇先生からあった話につきましても、要請件数について、これは網羅的にできるか、なかなか今お答えできないんですけれども、例えばきょういらっしゃっている仙台市さんでも要請がかなり多かったとか、あるいはコールトリアージで要請について、軽症患者さんについて少し自力での通院を促したとかということを伺っております。もう一つがそもそも通報できなかったような方についてはどういうふうにかえるかとかということもありますので、その辺も含めて調査の中でなるべく補足したいと思っております。

【委員】

わかりました。ただ、国民保護・防災部のほうの全体的な調査で、こういうふう

に調査するしフォローするので、御安心くださいという全体の絵が見えない。そういう絵の中で位置づけられているということが理解できるような、そういう資料を見せてもらおうとありがたいと思います。

【事務局】

そちらについては、後日対応したいと思います。

【部会長】

ありがとうございます。

【委員】

岩手の〇〇と申します。私は救急搬送というよりは、現場で活動する隊員の皆さんの安全管理と申しますか。今回、私どもの救急隊員が津波に巻き込まれて、1名の者が残念ながら殉職しております。そういった観点から、消防だけではなく現場で活動する隊員の安全管理は、どのようなことに気をつけて活動させたかというのでも調べてみてもいいのではないかと思います。

【部会長】

ありがとうございます。被災地ならではの貴重な御意見ですね。これは調査を受ける側という観点からは、こういうことを調査に来られても、ある程度本部あるいは県単位でお答えできる形でデータはまとまっているのでしょうか。つまり御迷惑にならないかどうかというところを教えていただきたいですけれども、仙台のほうはいかがでしょう。

【委員】

今、まさに、そういった部分を整理しておりますので、ある程度、時間をいただければ、大丈夫です。

【部会長】

〇〇委員のほうはいかがでしょう。

【委員】

大丈夫だと思いますけれども、実際に私が申したのは、活動をしている方たちの安全管理ということも大切だと思うんです。例えば私どもは署もやられましたし、車もやられました。災害に遭って、私どもはそれ以降の対応もまたしなければならぬ。そういった意味で施設とか地域社会がやられてしまうと、以後の対応ができなくなるという、そういうことから、消防本部でどのように安全管理についてやっ

ているのか。今後それを考えていく意味においても、大切なことかなと思っています。

【部会長】

ありがとうございました。〇〇先生。

【委員】

今の話は非常に大事な話だと思います。我々はお互いプロとして、自分を守りながら人を助けるという、大きな前提があると思うのです。私の地元のいわき市でも、薄磯という1つ集落が全部なくなったところでは、最近がれきを片づけていたら下から消防車が2台出てきまして、クラッシュした状態でまだ置いてあります。そういう実態についてもやはりしっかり、どうあるべきだったのかを検討し、これからどうするかということを考えていくことが、次の行動を賢くすることになると思います。先ほど被曝医療に関して情報不足であったということ、あえて苦言を呈したのも同じことです。我々はやみくもに取り組むべきものではないと思っています。消防の方々というのは、いろんな部分があると思いますがそれでも、最大限安全を担保した上で活動できるような状況を常に目指すということは、全く同じだと思います。それと情報の連携と、これはつながる話だと思いますが、想定外ということと言っても仕方がないので、すべて想定した上で検証もしっかり行い、そういう意味でデータも集めていただく必要があると思います。よろしくお願いいたします。

【部会長】

ありがとうございます。どうぞ。

【事務局】

今回多数の消防職・団員の多数の方々が殉職されているということを、我々も重く受け止めないといけないと思っています。今、〇〇委員から御指摘のありましたところにつきましても、6ページのところに検討の前提となる実態調査を必要とする項目という中に入ってくると思っておりますけれども、安全管理につきましても、私どももいろんな基準なりは示しているんですけれども、今回は特に津波での対応、あるいは原子力での対応、ここの部分につきましてもしっかりと検証して、よりよいものにしていく必要があると私どもも認識していますので、今後ともよろしくお願い申し上げます。

【部会長】

ありがとうございます。ぜひ安全の観点も、調査項目の中に加えたいと思います。

1の項目の中でMCA無線のことが挙がっていますが、〇〇先生、今回実際にお使いになられたと思うんですが、これに関する先生の御感触をまずお聞きしておきたいと思いますが。

【委員】

MCA無線は、我々のDMAT本部では余り使用しなかったんですが、一番活躍したのは、宮城県だったというふうに聞いています。実は宮城県は、広域災害救急医療情報システムEMISに入っていたんですが、予算の問題があって抜けていたんです。ことしの4月からもう一度入る予定だったんですが、実は震災のときにはEMISのシステムから抜けていまして、全くEMISを使った情報共有ができなかったということがあります。そのほかに何が情報共有の手段になっていたかというMCA無線で、宮城県は17の災害拠点病院全部にMCAがありまして、仙台医療センターの〇〇先生が中心になって、MCA無線を使ってすべての拠点病院の情報を集めた。そこからEMISに情報をインプットしたという形になっています。ただ、聞くところによると、基地局がやられてしまうと、なかなか厳しい状態になると聞いていますので、17の病院で今回は何とか全部通じたようなんですが、かなり基地局がやられたことによって、うまく使えなかった部分というのものもあるというふうに聞いています。MCA無線はいいツールだと思いますので、複数持っていないといけないので、今後MCA無線というのは非常に重要だというふうに思っています。

【部会長】

ありがとうございます。実際にお使いになった経験は非常に重要ですので、検討の中で、ぜひそれも生かしていきたいと思います。大変申しわけありません。お時間がないのでざっと5つの項目について、確認を込めて皆さんにお諮り申し上げたいんですが、まず2つ目の救急救命士の処置範囲についてですが、実際現場でオンラインのMC指示、指導に関して、具体的な事案を経験された点は、〇〇委員のところはございますか。

【委員】

はい。厚生労働省の通知があったとき、我々札幌市は宮城県石巻の地区に入りました。地域のMCが接する医者というのは石巻日赤の先生。当然早期の段階では携

携帯電話は使えないということがございまして、その段階では実はC P Aは発生して
おりません。ただ、携帯電話が使えるようになってから病院のほうは忙しくて、地
元の札幌医大から指示をもらって特定行為を実施したという事案はございました。

【部会長】

〇〇委員のところは、何かこの辺に関しては。

【委員】

千葉の場合、陸前高田のほうに出動していったんですけれども、今回の災害は津
波災害ということで、先ほどありましたけれども患者さんの状態が、死かそれとも
軽症かという形で中間がなくて、なかなかそういう事案はなかったということは聞
きました。

【部会長】

〇〇委員、東京消防庁に関しては、この辺について何か問題の御認識はござい
ますでしょうか。

【委員】

実際に救急隊、救急救命士が特定行為等を行う事案が発生していなかったというのは
あります。今お話がありましたとおり、津波災害の特徴ということで、全く死んでい
るか、生きているかのどちらだったかという状況で、救急救命士が活躍するというの
は、早期の段階ではなかったというのが実態だと思います。

【部会長】

ありがとうございました。そのほか、この2項目目について何か。さらに検討項目
を追加したほうがいい。あるいは今、挙がっている項目について、何か御指示、御指
導いただける点があったら御発言いただきたいと思いますと思いますが、いかがでしょうか。

【委員】

前の作業部会の際にも言ったかもしれませんが、ぜひこの処置拡大に関し
ては、平時と災害時で分けていただいて、災害時というのは大災害宣言みたいなも
のが出された場合には、救命士さんはここまで処置が拡大されるというような、ア
メリカがやっているようなシステムをぜひ考えていただけたらと思います。

【部会長】

その動きに関しては、〇〇委員はどのようにお考えですか。

【委員】

アメリカがこうだからという議論は、余り私はくみしないのです。アメリカの人たちともお話ししますが、アメリカの持っているフォーマットと日本のフォーマットはかなり違います。日本は現場とかなりうまく手の届く関係で、地域で完結する形をつくっていることをベースにして、他の地域から支援に入った人とうまく相乗できればパワーが上がりますし、それがばらばらになれば、リソースはあるけれども余り効果がないという形になるのだと思います。私は災害時は処置を拡大するよりも搬送のほうがむしろ重要になるのではないかと、逆のパラダイムで考えています。ですからトリアージポストと救護所、後方病院のラインのつくり方がうまくデザインされれば、今回ぐらい大きな災害でもなお生き残っている医療が必ずあるということが教訓となるのではないかと考えているんです。このあたりはまた深める必要があると思います。

【委員】

ただ、どうしても搬送というのは限られてしまうので、現場でどうしても停滞するということですので、輸液とかそういう、やっても害にならないようなことは。今の救命士さんは心肺停止にならないと、輸液できないわけです。そういうところはちょっと緩和してもいいのではないかなと思うんですが。

【部会長】

どうもありがとうございます。この辺はまさに今後きちんと議論してどうするか見たいところでございます。続きまして、親会のほうからの検討項目の付託なので、3つ目に挙がっておりますが、被災地までの移動手段に関しては、何か特別の御経験やあるいは参考事案を御存じの方がいらしたら、大変ありがたいんですけども。九州新幹線なんかでもこういう動きがあるようなことを、先般伺っておりますけれども、これに対する期待、あるいはこの辺の情報をもしお持ちの方がいらしたら。あるいは委員のお知り合いの方で、この辺について、ぜひ意見を伺ったほうが議論の助けになるということがあれば、また御推薦いただけたらと思います。どうぞよろしくをお願いします。

【委員】

先ほど話しました給油問題です。やはり油を給油してもらわないと、例えば九州のほうからえっちらおっちら来るわけですけども、そういうプライオリティが、残念ながらなぜか知らないけれども、ドクターヘリは低かったということで、非常

に苦労したという話があります。こういう移動の問題として、油の問題も含めて考えてもらわないといけないのではないかと思います。

【委員】

これはヘリだけではなく、DMA Tが乗っていった車も同じで、ガソリンがなくて、行ったはいいけども、現地で活動できなかったということがあります。ロジスティックということになると思うんですけども、そこをやったらいいのではないかと思っています。

【委員】

JMA Tの場合は、災害支援の特殊車両のステッカーをもらってくださいというガイドと一緒に行いました。やはりそういうものは、同時に行えるように、例えば警察管内であったり、ヘリコプターの場合は運輸局でしょうか、そのような平準化された理解があれば、それを持って出動する手順に落とし込めるのではないかと思います。

【委員】

そうですね。間違いないでしょうね。法律の根拠があるような活動をしているわけですから。

【部会長】

ありがとうございます。駆け足で本当に申しわけございませんが、4つ目の項目につきまして、消防と医療の連携の部分ですけれども、これも当部会ではウエイトを大きくとりたい部分でございます。ここはまず基本的な御認識を伺いたいんですけど、〇〇先生、今回のDMA Tの活動に関しましては、消防との連携をどう評価し、そして今後についてはどんなお考えをお持ちかという、そこだけまず伺っておいてよろしいでしょうか。

【委員】

今回の震災のDMA T活動において、消防との連携というのは、重症患者さんがいなかったということもありますけれども、余り多くはなされなかったのではないかというふうに思います。ただ、その後起こってきた患者移送に関しては、もちろん消防関係との連携のもとに患者移送を行ったということになりますけれども、今回の震災においては、連携する機会が余りなかったというふうに思います。ただ今後のことをいろいろ考えますと、1つは情報と移動手段を持っているのは、やはり

消防と自衛隊なんです。もうちょっと情報の共有ができて連携したら、待機していたDMA Tがかなりいるんですけども、その人たちが現場で消防あるいは自衛隊のヘリ、車両で沿岸部に行って、もっと効果的にDMA Tを配せたのではないかと、いうふうに、ちょっとそこは残念なところと今は思っています。そういうふうな形で、さらに緊消防隊についていくDMA Tはいいんですけども、それ以外にも現場でそういうふうな連携ができるのではないかと思います。

【部会長】

ありがとうございました。JMA Tにつきましては、今後の消防との連携についての思いをちょっと教えていただきたいんですけども。

【委員】

まずDMA Tとの連携に関しては、あらかじめそれを前提に組み上げていますので、当然最初にDMA Tが到着して、DMA Tが引き揚げながら我々JMA Tが順次引き継いでいくことを考えています。そして最後に地元の医療ネットワークに引き継ぐということが前提ですので、連携が前提です。もう一つ、消防との連携という話ですが、それは先ほど申し上げたように、現地で開かれる対策会議で地域の医師会長が議長となり情報連携や連携して行動してもらう人たちが集まる場で、当然役所や、消防も必要であれば参加してもらって、例えば病院間の搬送であるといった医療が必要とされるときには、そこで話し合ってもらおうと良いのではないかと思います。実際そういう場面にも出くわしましたので、そう思います。

【部会長】

ありがとうございます。お願いします。

【委員】

私も実際に気仙沼市のほうに第1陣として入らせていただきました。東京都緊急消防援助隊の中に、東京DMA Tの皆さん方と一緒に入らせていただきました。東京DMA Tにつきましては、緊急消防援助隊が出るときに消防が必要と認めた場合に一緒に出ていただくという協定に基づいて出させていただきました。そういった意味で申しますと、この会議の中でぜひとも検討を含めてお願いしたいのは、緊急消防援助隊の中にあります、救助、消火、救急というような部隊の位置づけの1つとして、医療との連携の部隊を位置づけることも必要なのではないかと。それについても御検討いただければ、先ほどの救急救命士の特定行為等に対する指示、指導、助言

についても、被災地のほうで普段活動しているものと同様の指示、指導がしていただけというようなこともあるので、一石二鳥のところもある。ただ、それにつきましては、あくまでも消防のミッションの中での活動ということにもなります。発災後の時間経過とともに、私の個人的なイメージでいえば、医療救護班とか後方医療支援とか、あるいは自衛隊、海上保安庁さんとか活動される機関別のミッションの中における災害医療との融合が図れるというのは、現地の調整になるんでしょうけれども、消防の部分については、やはり消防という1つのミッションの中で動いていただくというような仕組みが考えられるのではないかとということで、御検討いただけるとありがたいと考えております。以上です。

【部会長】

ありがとうございます。緊消隊との連携した活動…。

【委員】

何度も済みません。今、思い出したんですが、先ほどのヘリのこともそうなんですが、結局アメリカのFEMAと違って、必ず都道府県単位になってしまうので、都道府県が実際に動かすことになります。今回とった手法は、各県知事から、例えば東京であれば〇〇知事に要請書を書いていただき、新しいラインができた時点で、また要請書を書くというようにしました。したがって、都道府県の対策本部の中で動いていることは、実際は行政間の連携の中でやっているということになります。そういうカスタムスタンダードと、日本医師会が損害保険をかけているJMATに関しては、全部負担します。もう一つは、厚労省から日本医師会長への要請文をいただいているので、JMATは公的な準公務員の活動ということを担保しました。このような作業は今の形だと、さっきも述べたように、アメリカ的なFEMAではないものなので、どうしても必要になります。DMA Tは当然行政からの要請が最初にありますのでそれと連携するためには、今のような手順が必要となります。実際にそれで動くのだということをやはり共通認識として持ち、その手順をどうしたらより効率化できるか、一元化できるかについてを考える必要があると思います。

【部会長】

どうぞ。

【委員】

今のお話の中で、やはり今回の作業部会そのものは、消防業務の中の救急業務の

あり方ですね。そうした中で消防本部の中において緊急業務というのは、搬送として規定されています。ということになってきますと、やはりこちらそのものを見直すことについても念頭に置きながら議論を進めていかないと、現場の連携、協定という言葉の中で一人歩きする可能性があるのではないか。やはり法的な部分についても、本当に手を加えるぐらいの心づもりで取り組む必要があるのかなと思って聞いておりました。

【部会長】

ありがとうございます。それでは、最後の項目ですけれども、消防防災ヘリとドクターヘリ等との連携というところですが、先ほど〇〇先生のほうから、かなり突っ込んだ問題点まで御説明をいただきましたけれども、実際に現場で活動されている、〇〇先生のほうから、この辺の連携についてどんな方向性で。

【委員】

ヘリコプターだから、消防ヘリとドクターヘリで連携してみたらどうだという切り口はあろうかと思えますけれども、これは消防側の考えている消防ヘリの使い方とドクターヘリというのは、当然連携できる部分もありながら違う部分もあるだろうということを、まず認識すべきだと思います。そうした中で例えばドクターヘリに関して言いますと、先ほど〇〇委員がおっしゃったように、位置づけはどうなっているのか。DMATの一部としてとりあえず要綱には書いてある。一方で、今回やりましたドクターヘリのミッションの中でもかなり有効であったとされる石巻の市立病院の避難支援に関しましても、そもそも宮城県のミッションを福島県に展開していたドクターヘリことがやることになる。その調整が調整する場所すらなかったといったところがございました。ちょっと話が飛んで申しわけないのですが、そうした中でひとつ思い出すのは、災害時におけるドクターヘリのあり方は何だろうねということで、実は10年ほど前に、ドクターヘリの生みの親の一人でもあります、以前厚労省におられた〇〇さんとお話ししたことがあります。そのとき〇〇さんはおもしろいことをおっしゃったんです。何とおっしゃったかといいますと、ドクターヘリは放し飼いだと。行政レベルで専門性の高いドクターヘリをすべてコントロールすることはできないと、おもしろいことをおっしゃったと、なるほどこれは一つの考え方だと。先ほど当然その中でドクターヘリの可能性というものが具体的にいろいろ出てきた中で、〇〇委員がおっしゃった、法的に航空法施行規

則のほうの改正についても踏み込んでいく必要は当然あるかと思うんですけれども、災害対策本部の中のヘリコプター調整部門、こちらの指揮下に入って対策本部が把握している部分について、例えば施設間搬送であるとか、あるいは緊急現場出動であるとか、そういったところはその指揮下において出動するのは当然なんですけれども、これだけ大きな災害になってくると行ってみなければわからない。情報が全然ないといったところもミッションの必要性はあるだろうと。そういったときに独自に動ける自由度の高いものを担保していく必要があるのではないかと。このバランス感覚は難しいと思います。勝手にやっていいというわけではないんですけれども、ある程度の自由さがないとドクターヘリの機動性というのは、生かされないだろうと思います。消防防災ヘリは。今は患者搬送をやりたいんだけど、捜索救助で忙しいのでそっちに手が回らない。そういったことも当然あるかと思いますし、一方で患者搬送のミッションがふえてきたときに、ドクターヘリ、消防ヘリが連携しなければならないこともあろうかと思っています。自衛隊も、今回も自衛隊のヘリの大きな搬送能力というものが生かされたわけでございますので、そうしたところとの連携というものもやっていくところがあるだろう。両者のバランス感覚をきちんと担保する必要があるというふうに思っています。

【部会長】

ありがとうございます。お時間になったので、最後にこの自由度の部分だけ、〇〇先生にコメントを。

【委員】

〇〇さんがそういうふうに言われたかどうか、僕は聞いていないのでわからないんですけれども。〇〇さんはまた別のところでは、こういうのは、病院の指揮下に入ったほうがいいのではないかということを使ったという話も聞いています。そのことについて僕は、「HEM-Net グラフ」の中であえて2人の先生に聞いているわけなんですけれども、その辺、〇〇さんが自由度と言われたのか、病院の指揮下に入ったほうがいいと言われたのか、ちょっとわからないのでそれについてはコメントはできません。32ページの連携についての検討項目が3つ書いてありますけれども、こういうことを、実態調査をするならば、消防ではこういう内容はつかみ切れませんよね。だから本当に幅広くこれをつかむために、ちょっと特別なことを考えてほしいなと思います。

【委員】

実態として日本医師会でもう1回各都道府県医師会で調べることになっているところですが、災害時の医師会JMA T活動で先に出動する、そして行政的な準公務員的な扱いとするところについては手続は後で良いという協定書を私は6年前に福島県でつくりました。それは多くの都道府県で作成してあるのです。ですから医療の場合において、我々が必要と判断したときには出動し、後から追認してもらうというやり方が、すでに文書化されていますので、決して間違っていたり、超法規的でもないのです。そういうルールをつくったということです。これは今聞いていてドクターヘリにおいても、ぜひ必要だろうなと思います。

【部会長】

どうもありがとうございます。それぞれの委員の方々にお話いただいたら、それぞれに1時間いただいてお願いしても、十分にお話ししていただける委員ばかりですので、本当に時間がなくて申しわけありませんか。今日のところはここまでの議論でいったん事務局に進行をお返ししたいと存じます。

【事務局】

皆様、活発な御意見、御議論をありがとうございました。本日の作業部会については、以上で終了させていただきますけれども、次回の開催については、改めて御連絡差し上げますので、よろしくお願ひしたいと思います。論点を整理した上で、次回の開催の調整をさせていただきたいと思います。以上で「第1回災害時における救急時のあり方に関する作業部会」を終了させていただきたいと思います。本日はどうも皆様ありがとうございました。

——完——