

## 愛知県の救急災害医療システムの 充実に向けて

愛知医科大学病院 高度救命救急センター 教授  
野口 宏

救急医療は医の原点としてその重要性は認識されているし、国民が健康で文化的な生活を営むために欠かすことのできない社会的基盤であり、いつでもどこでもだれでも適切な医療が受けられる体制が構築されていなくてはならない。我が国での近年における救急医療システムは1977年の救急医療体制を1次、2次、3次に区分し、それぞれに医療施設を配分したこと、それらを効率よく活用するために情報センターが整えられた。その後1997年の救急医療基本問題検討会報告で救急医療の問題点を明らかにし、それらに対し現在まで多くの改善が成されてきた。ここでは救急医療システム、災害医療体制に関して愛知県の現状とその充実に向けてシステム改善と新たな構築について提言するために以下の点について解説する。

- 1) 病院前救急システム  
メディカルコントロール体制の構築とその充実  
広域搬送システム体制と病院機能
- 2) 救急診療システム  
初期、二次、三次 救急医療システムの問題点
- 3) 救急医療情報システム  
特殊リソースの情報の精度保持
- 4) 災害医療体制としての災害拠点病院の機能化
- 5) システムとしての一元化の構築の必要性

## 救急医療と災害医療の差 ～阪神・淡路大震災の救援活動に 参加して～

医療法人 医仁会 さくら病院  
小林 勝正

当院は、25年間高速道路の重大死亡事故について死体検案を行ってきた。高速道路では敏速な検案と遺体処理、車輛撤去と道路の再開通を要求される。平成6年、小牧空港において中華航空機墜落事故で130名近くの乗員が死亡した。その際、救援活動の指示や病床の確保について、警察、消防からの情報が錯綜し指揮命令系統が全く整っていなかった。この経験より、自分自身で行動し、自分自身で判断するというコンセンサスを職員と共に築いた。翌年1月17日に発生した阪神淡路大震災では、被災情報を集めつつ資材を準備し、20日早朝に出発した。名神高速道路から阪神高速道路をバトカーの先導のもとに走行可能な範囲まで走行し、当院の救急車を先頭として車輛5台で現地へ入った。避難所における傷病者の治療に、三日三晩、不眠不休で活動し、合計600人の治療を行った。日本赤十字社などの活動とは異なり、医療の救護所を設営して患者が来るのを待つのではなく、患者のいる避難所へ入っていったことが非常に効果的であった。災害が起きた場合、人の行動は日常生活の行動と全く異なる。活動は全く萎縮し、避難所から一歩も動こうとはしない。電気、水道、ガスが遮断されると今まで想像もし得なかった日常生活の麻痺が起こる。電気が遮断されたことにより、ガソリンスタンドにガソリンの備蓄があっても、モーターでくみ上げることが出来ず、車輛への供給が途絶える。目の前にガソリンスタンドがありながらガソリンの供給が出来ず、車輛は走れなくなる。地震の大きさが今回の様に大きいと、地割れだけではなく、地表に50cm以上の段差が出来、普通の車輛では走行出来なくなる。2、3信号離れた場所の情報ですら全く不明の状態となり、大病院が機能しているかどうかの情報も得られない。3億円かけた市民病院のヘリポートに、ヘリコプターが1台も着陸しなかったのが良い例である。特殊車輛の提案など数々あったが、タイヤを着けた車輛は無意味であり、ガソリンで走る車輛も無意味であることを体験した。すなわち、大災害が起きた際には、常識の範囲内での生活手段はすべて破壊される。次世代の熱源や、タイヤをはかない車輛、公の電波システムを介さない通信システムなどの確保が有用と思われる。