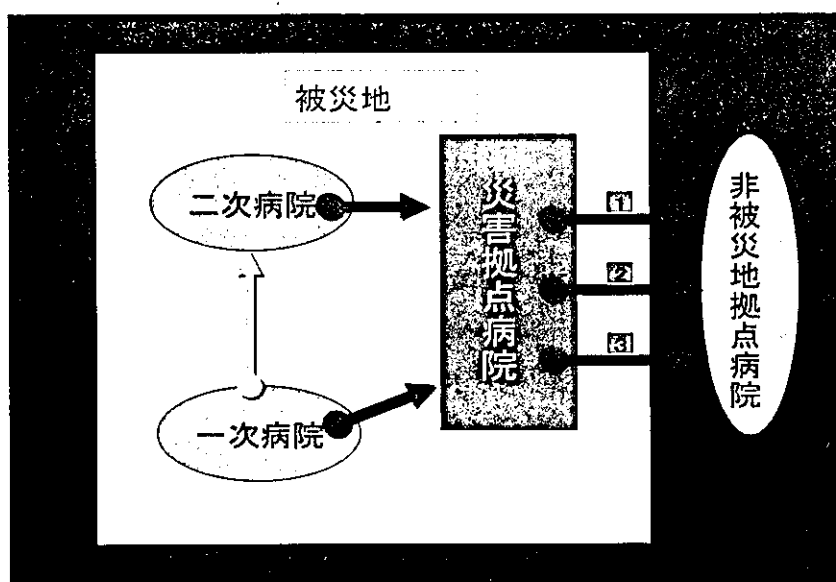


拠点病院への転送を準備する。重症度によって転送順位を決め、搬送手段の到着に備える。転送先は災害基幹病院の指揮者が非被災地災害拠点病院の状況を調査してそれぞれについて決定し搬送隊に指示する。搬送機能（ヘリを含む）はすべて被災地外から投入され、被災地内搬送機能の機動範囲は地域内に限定する。外部搬送機能は被災地災害拠点病院を到達地点とするので行き先を指定する必要はなく、転送についての連絡と通信も割愛する。

(キ) 非被災地災害拠点病院では、転送された「赤タグ」の最終治療を実施する。必要に応じて転送された負傷者を非被災地内で再配分して収容する。

0-157 災害でこの図式を最初実施し妥当性を分析した。HUS を全例大阪へ転送して救命治療を実施した結果、感染者 6000 名中の死亡を 3 名（0.05%、米国では 1%）に抑えた。

① 次に展開の図式を示す。



ウ 支援チームはどこへ駆けつけるか

どこかで大規模災害発生のニュースが流れると、非被災地の災害拠点病院を中心とする災害医療組織群は早速情報を交換する。被災地と被災状況がほぼ判明すれば、救援の要否を判断し、準備に入る。阪神・淡路大震災以降、この反応は各地、とくに災害拠点病院組織の強力な都市圏では通例化した。平行して、被災地と被災地に近接する地区の災害医療組織群は、被害が集中する区域が判明した時点で、次のごとき急性期救援の構図を設定する。

すなわち、自然災害・人為災害を問わず次の 4 通りの救援を想定する。

- (ア) 被災地に近接する医療組織から被災地への医療チーム (type-A) の早期派遣
- (イ) 被災地に近接する災害拠点病院での被災地から搬送される重傷者（赤タグ）の受け入れとそれに対する救命治療の実施、
- (ウ) 遠隔地から被災地へ入る JDMAT その他の専門災害医療チーム (type-B)、
- (エ) 個人的医療ボランティアの支援（急性期では事実上受け入れは難しい）

いずれについても、最初の窓口となる被災地の県災害対策本部、現地被災地市町村災害対策本部へ向かうのが慣例である。そこで具体的な支援が指示される場合はそれに従う。しかし実際には情報が集約できない段階であるから、指揮機能も停滞し、アクセス状況も不詳である。そのため具体的な指示が出せない状況にある可能性があり、支援者側に戸惑いが生ずる場合がある。

そのときに座して指示を待つのは大切な時間と生命を失うことになるので、いかなる状況下においても立ち上がっているはずである災害拠点病院へ駆けつけて指示を仰ぐ。これは一見身勝手な行動と思われがちだが、必ず重症の負傷者が集まっていること、医療機能も最低限度は確保されているはずであること、Preventable Deaths を少なくするために行動できること、多くの情報が集まっている可能性が高いこと、などから、ベストとは限らないものの、支援効果を生む可能性が高い選択である。いうまでもなく、空振りは覚悟の上である。

7 とくに重要な災害急性期医療行動

(1) トリアージ

トリアージは、現地指揮者の具体的指示の有無に関わらず災害時に実施する医療行動である。Triage は元来ワインやコーヒーの分別を意味し、救急医療と災害医療で使われるようになった。本邦では「振り分け」と訳す場合もあるが、すでに「トリアージ」と医学用語化した。

災害医療では次々やってくる負傷者群にトリアージを実施し、カテゴリー化することが最初の作業である。加えて、トリアージの結果に基づいてすべての負傷者の流れを設定する。すなわち、現代災害医療は急性期展開の医療着手段階から負傷者の最終到着点に至るまでトリアージの結果が追いかける、という構図を基本とする世界共通の考え方が固定している。

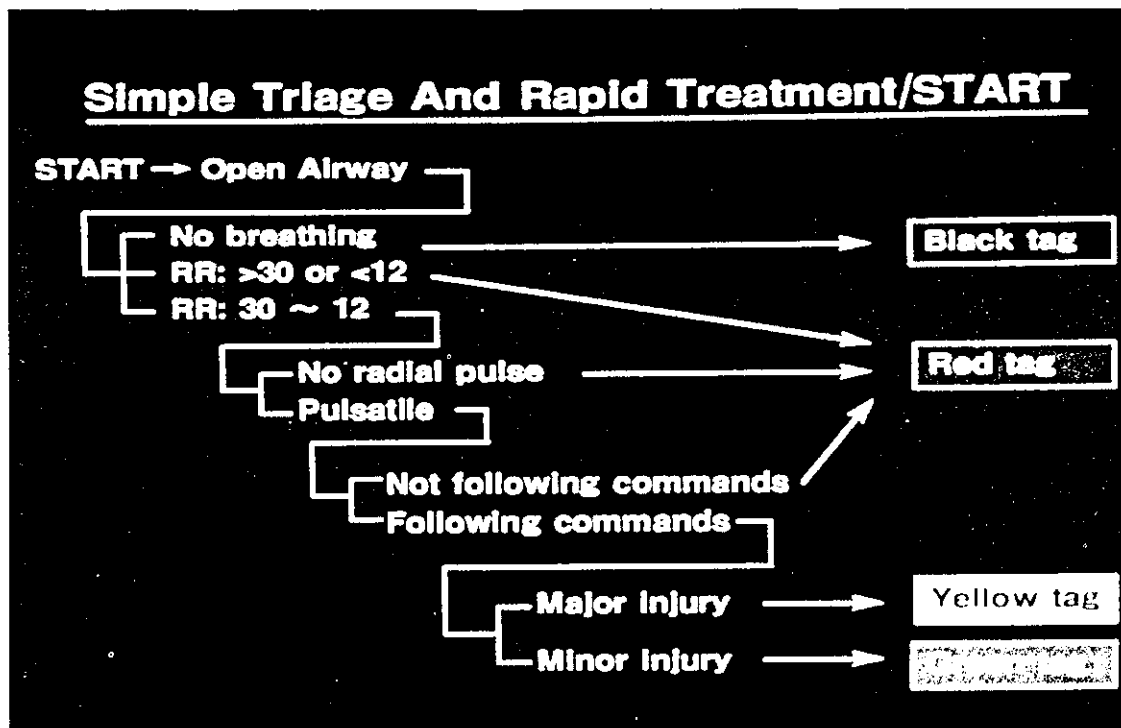
ア トリアージの定義

トリアージとは、「各種の災害によって多数の負傷者が発生し、医療ニーズと医療資源との不均衡が生じた場面で、一人でも多くの負傷者を救命することを目的に、すべての負傷者について、重症度と治療の優先順位を決める作業」である（太田）。

イ トリアージの手法と START 方式

トリアージは重要な作業ではあるが、決して難しいものではない。詳細な判定を求めるのではなく、緊急度と重症度を併せて4つのカテゴリーに分類する。その方式は各施設あるいは各自の判断に委ねているが、判定が大きく分かれることは少ない。

米国で医療者の教育に供されている”Simple Triage and Rapid Treatment, START”と呼ぶ方式は、バイタルサインだけで判定してゆく方式なので、バイタルサインが読める医療者のすべて（救急救命士に至るまで）がこの方式によってトリアージができる。



Simple Triage And Rapid Treatment, START (日本版)

気道開通→呼吸なし→黒

→呼吸数が毎分 30 以上または 9 以下→赤

→呼吸数が毎分 10～29→脈を触れてみる→触れない→赤

→脈が触れる→手を握れ！→応答なし→赤

→応答あり→中等症→黄

→軽症→緑

編者注：呼吸数に関しては、米国版ではなく厚生労働省DMA T研修要綱に従った。

ウ トリアージの実施

- (ア) トリアージポスト設置：設置場所は病院玄関の外
- (イ) トリアージオフィサー配置：救急医、麻酔科医、外科医、救急看護師の順
- (ウ) 負傷者をトリアージ：型どおり
- (エ) トリアージの結果を家族に説明：明確に
- (オ) トリアージタグ記入：負傷部位図示、診断、実施処置、留意点
- (カ) トリアージタグ色決定：判定色まで切離
- (キ) トリアージタグ装着：左手、右手、左足、右足の順
- (ク) 色別誘導：緑→帰宅、黄→イエローゾーン、赤→処置室、黒→霊安室

エ トリアージタグ上覧の施設名

トリアージタグの上覧には、使用する者の施設名が印刷されていない

実施する外部支援者がどこかの配備された施設内でトリアージ作業を行う場合は、その施設のタグを用いる。しかし当該施設固有のタグがない場合は、持参したタグの上覧にその

施設名を記入して使用する。特定の施設以外の場所で実施した場合は、実施者の施設名を記したタグを使用する。

オ トリアージタグの記入と保管

記入方法は自由だが、負傷者名、年齢、負傷場所などを聞き取り、医療については、要点、問題点、診断などを記入する。身体図には負傷部位をチェックしておく。

感圧式3枚綴りで、それぞれを下記に保管する。

- (ア)1枚目はトリアージ施設または実施者が保管する
- (イ)2枚目は搬送機関の手を経て被災市町村が保管する
- (ウ)3枚目は負傷者自身と一緒に移動する

カ 何故トリアージが大切なのか

次のような利点がある。

- (ア)負傷者をグループ化し効率的な流れを作る
- (イ)重症度について共通認識をもつことができる
- (ウ)負傷情報の伝達と記録に利用できる
- (エ)以降におけるすべての過程を設定できる
- (オ)最終的に、できるだけ多数を救命できる

キ トリアージの要点

- (ア)騒がしい人より静かに横たわる人を優先
- (イ)派手な外傷より隠れた重度損傷の発見を
- (ウ)すべての損傷の確認は不要
- (エ)一人当たり30秒を念頭に
- (オ)「死亡」確認に時間をかけない
- (カ)余裕が生まれ次第 第二次トリアージを何度も繰り返す

ク 第二次トリアージ

一旦施設内 yellow zone に収容した「黄タグ」に対して、余裕が生まれた時点、あるいは人員に余裕が生じた場面で、第二次トリアージを実施する。その目的は次のとおりである。

- (ア)個別的な病状変化の有無を調べる
- (イ)第一次トリアージの誤りを発見し修正する
- (ウ)同カテゴリー負傷者について治療順序を決める
- (エ)損傷を専門的に評価する
- (オ)最終的に、死亡者を少なくする

外傷医が実施するのがよい。「黄タグ」群に隠れた「赤タグ」を見つけることが最大の目的である。

(2) トリアージの結果に従った対応

ア 負傷者の対応は、世界的に色別対応が基準で、次のごとく対応する。

イ 緑タグ(Minor injury)：病院内へ入れず、簡便な傷の手当だけを実施し、帰宅してもらう。変化があれば再来を指示しておく。

ウ 黄タグ(Delayed intervention)：簡便な処置を実施して、あらかじめ想定しておいた場所(全体を見通せるリハビリテーション室などがよい。Yellow zone と呼ぶ)に待機してもらう。余裕が生まれたときに第2次トリアージを繰り返し行う。

- エ 赤タッグ(immediate intervention): 救急処置室へ収容し、救命処置を実施する。ここでいう救命処置は、気道確保、補液、止血、胸腔ドレナージ、その他の処置室内で実施できる処置をさし、手術室内で実施する手術、透析などの最終的治療をいうものではない。当該病院が普段にどれほど高い能力を保持していても、病院機能が低下した状況下で手術・透析などの重要な治療を満足に実施することは事実上不可能であることを認識し、そのために必要なエネルギーを、満足な治療が実施できる非被災地災害拠点病院への転送努力に転換する勇気を求める。
- オ 黒タッグ(no indication of CPR): 心停止例は心拍動停止を即断し、心肺蘇生を実施せず死亡を宣言する。多数が来院する災害の場面では、到底蘇生不可能な対象には蘇生を実施しないことが許される。遺体安置所を設置する。

(3) 外科的処置

災害時における外科的処置についてはいくつかのルールがある。それは、処置に時間がかからないこと、不安定な医療状況下で実施しなければならないこと、詳細な検査情報が得られないこと、創のほとんどが汚染されていること、創感染の機会が極端に多いこと（なかでも破傷風が重要）、継続観察ができないこと、医療材料が不足していること、などの悪条件が重なっているからである。そのために、下記のルールを守る。

- ア 止血を優先する
- イ 創は可能な範囲で洗浄し消毒する
- ウ すべての汚染創は縫合してはならない
- エ 他の場所で縫合された創を見たときはこれを開放する
- オ 外科処置は短時間内に終了する範囲にとどめ、完全な処置を求めない
- カ 杓創は手をつけず搬送する
- キ 骨折は一時的簡易固定にとどめて搬送する
- ク 重度のコンパートメントは減圧処置をおこない搬送する

8 記録

いかなる記録も災害医療の進歩にとって貴重ではあるが、完璧な記録は状況から見ても不可能であるから、優先順位を付ける。また守らねばならないマナーやルールがある。

(1) 行動記録

- ア 時間経過：発災、支援決定、出動から撤収に至るまで、時間と行動の関係が重要
- イ 診療録：トリアージタッグを持ち帰れない場合を含め、時間ごとの傷病と患者数
- ウ 遺体検案・死亡診断書：コピーを保管
- エ 被災地・他チームと接点：支援の経緯と折衝に関連する事項

(2) 映像

- ア 被災状況：物理的被害、被災者、支援事項などの医療活動に関連した常識的範囲
- イ 負傷者：医学的に貴重なものに限定し、ご本人の理解と承諾が不可欠

9 撤収

災害支援の現地からの撤収の決定は存外難しいものである。それは、被災者と被災地に降りかかった難儀を目の前にしていることなどによるが、常に勇気を持って決定しなければならない。次のような事項を念頭に決定し撤収する。

- (1) 指揮者は現地到着時点で撤収時期を思考する
- (2) ニーズが量的、質的に変化する時期をつかむ（36～48 時間、遅くとも 72 時間）
- (3) 急性期型支援が有効でなくなったときに撤収開始時期（外科型から内科型へ変化）
- (4) 現地指揮者がそれを認識したときに申し出る
- (5) 亜急性期支援者が到着したときに申し送る
- (6) 疲労を支援隊員全員が感じ始めたことを察知したときに撤収を話す
- (7) 使い切れなかった資器材の中で現地が必要としたものをリストして残す
- (8) 支援親組織に撤収の時期の到来を連絡し許可を得て撤収を開始する
- (9) 撤収過程での気の緩みの危険性を認識する

10 報告書

報告者は支援の価値を最終的に決める。定まった形式はないが、下記のごとき内容が網羅されていることが望ましい。

- (1) すべての経過が読み取れること
- (2) 災害医療にとって鍵となる事項（Triage、Preventable Deaths その他）について解説があること
- (3) 現代災害医学の視点を基礎にしていること
- (4) 医学的に参照する価値が認められること
- (5) 支援者の理念が読み取れること

11 急性期支援医療者の心得

次の心得が急性期支援者の常識とされている。

- (1) 自信を持って技能と知識を提供する
- (2) 専門者の立場を被災地に押し付けない
- (3) 調査を優先した行動を慎む
- (4) 被災地に対して何事も要求しない
- (5) 被災地と被災者の心情を念頭した言動に終始する
- (6) 被災地に感謝を期待してはならない
- (7) 修羅場が勝負であることを知った行動に徹する
- (8) 自身の身の安全と精神面の安定をおろそかにしない
- (9) 隊員間の絆を大切にする
- (10) 一歩もはみ出さない良識に基づいた行動に終始する

まとめ

新潟県中越地震急性期災害医療の調査結果のほかに、阪神・淡路大震災以降に発生した地震災害における実績、国際緊急援助活動での実績、近年整備された災害医療システムなどを照合し、地震災害急性期における医療支援のあり方と新しい医療展開について記した。

現代日本における災害医療の研究は、World Association for Disaster and Emergency Medicine, WADEM、Asian-Pacific Conference on Disaster Medicine, APCDM、日本集団災害医学会、Japanese Association for Disaster Medicine, JADM、の3つのレベルでおこなわれており、国際論議が活発な領域である。

近年の話題は Prevention 災害防止と、Mitigation 一人でも多くを救うこと、の戦略に収斂しており、後者については急性期における医療展開とその評価に関する Global standard の策定に精力が注入されている。その検討対象として地震災害が注目され、本邦での経験が重視される。この動静は日本集団災害医学会会員が表舞台に登場する機会を拡大した。

本マニュアルはその会員間でまとめられた骨子を実際的に整理したものであり、すでにくつかりの災害で試みられているので、信頼度は高い。広く参照されることを期待するものである。

自然災害後亜急性期 医療班活動マニュアル

国立国際医療センター病院長 近藤 達也

はじめに

1995年に発生した阪神大震災時に、被災住民のために個人ボランティアから企業、団体あるいは周辺自治体などの多くの組織が支援活動を実施し、大災害時における支援体制確立の必要性ならびに重要性がそれまで以上に社会に認識された。その結果、大災害発生時の対応として、自治体間協力体制の設立や行政による法的整備、さらには企業内でのボランティア制度の整備などが行われて来ている。また組織毎に災害時対応マニュアルや地域における災害対応体制整備に関する指針なども作成され、いざというときの準備を整えている。

「災害とは自然現象または人為的現象で地域の人間社会生活環境に損害や危害を与え、かつ人命にかかわる現象」といわれている。この定義からすると、いくら激しい自然現象が起こってもそこに人が住んでいなければ災害は起こることはない。災害の規模を小さくするためには、平常時対応として「被害が発生しないようにするための備え(disaster mitigation)」と「被害の発生が避けられなかった場合にすぐに被害軽減の対応をする備え(disaster preparedness)」の災害抑止力向上と災害発生後の「応急対応」と「復旧・復興」を含む災害対応力の向上が不可欠な要素である。

災害抑止力には、地震や台風などに備えて建物の強度向上や居住地域整備計画を実施、災害対策計画作成、災害訓練などが含まれており、行政主導の組織的な活動が主たるものとなっている。一方災害対応力は災害発生後の活動で、被災者の生活支援や医療支援を行う応急対応と、ある程度時間が経過した後の通常の社会生活への復帰や地域再建を目指す復旧・復興のための活動などがこれに当たる。これらさまざまな活動の中で、被災住民に対する支援が被災地以外から必要になるものは災害後の災害対応力向上に対する活動である。

今回の新潟中越地震発生後には、多くの医療従事者がボランティアあるいは医療機関派遣チームの一員として被災地で救命救急活動、避難所での診療活動、心のケアのための活動などを実施した。最大震度を記録した新潟県川口町には、国立高度専門医療センターや独立行政法人国立病院機構に所属する多くの施設から救護班が派遣され、発災後3日目から約1ヵ月間、川口町現地対策本部、医師会、現地医療施設、ボランティア団体などと協力して保健医療支援活動を行った。

災害時救護班の活動は日常の診療活動とはかなり異なっている。このような活動に多くの組織が関わる場合には地域の保健医療体制構築とその運営方法、さらには参加する救護班に対しての活動指針の統一が必要であることは言うまでもない。医療班の活動統一に関しては、実際に受診者の疾患治療に関する診療マニュアルと被災地で活動する医療支援班の行動を規定する活動マニュアルが必要と考える。

今回我々は新潟中越地震の支援活動で経験したことをもとに、主に国立高度医療センターと独立行政法人国立病院機構所属の病院を対象として、事前準備も含めて、災害時医療支援活動時の必要事項チェックリストや医療機材、薬剤などをまとめて災害時医療救護班活動マニュアルを作成した。マニュアルの内容は災害医療支援班の構成要員である医師、看護師、薬剤師、後方支援担当(事務係)さらに全体を統括する役割を持つ医療調整員の5つの専門分野別に救護班活動チェックリストと必要資機材リスト、活動指針で構成されており、実際の活動時に使い易いものとなることを心がけた。

災害後亜急性期医療支援活動に関する研究班の提言

新潟中越地震時に、最大震度を記録した川口町に対して、国立高度専門医療センターや独立行政法人国立病院機構が中心となって医療支援活動を実施した。川口町には33の医療機関及び団体が、各医療班を継続的に送り出し、現地において各班が協力調整のうえ、30日間に渡って延べ745人(30日間の延人数)が医療活動を行った。また、県の依頼により保健師なども派遣されていた。活動時期としては発災後3日目から1ヵ月後までの約1ヶ月間であったが、現地においては異なる施設から派遣された医療班と共同で医療支援活動を行うには様々な困難を伴っていた。今後、より効果的な活動を行うために必要と思われることについて、支援活動に参加された方々の経験をもとに以下の3項目について研究班としての提言を述べさせていただく。

1 避難所の指定ならびに救護所の併設

これまで大規模災害時の亜急性期医療救護活動においては、全国規模で各種の膨大な数の医療チームが車両により現地へ入り、救護が必要な場所を訪ね歩き活動を実施して来た。しかし、活動開始までに膨大な労力と時間を費やし速やかに活動を開始することができない大きな問題を抱えている。現地の情報不足に加え、医療活動全体を取り仕切る指揮命令体制が整っていない状況下での活動は立ち上がりの遅れを覚悟せざるをえない事態となっている。

そこで、大規模災害時に医療チームが入りやすく、また、救護所の医療情報を把握しやすくするための対策として次のことを提案する。

- (1) 地域防災計画のうえで大規模災害時の避難所を定め、収容可能人数に応じた必要医療チーム数を想定しておく。(図1)
- (2) (注) 防災計画作成時には医師会との協力体制が必要
- (3) 避難所と救護所を書いた地図を作製し、災害発生時には医療チームが各自治体へ直接出向くか、インターネットを通じて地図を受け取り救護所を目指す。
- (4) 小規模避難所は、複数で1ヶ所の救護所をおいたり、大規模避難所は複数の医療チームを置く、巡回診療班を計画する等、地域の実情に合わせて柔軟に検討し基本的な医療班の配置数を決める。
- (5) 救護所毎に、診療スペースや、医療チームの居住スペースをあらかじめ定めておき、当該場所は避難者の生活スペースとしないこととしておく。

◎メリット

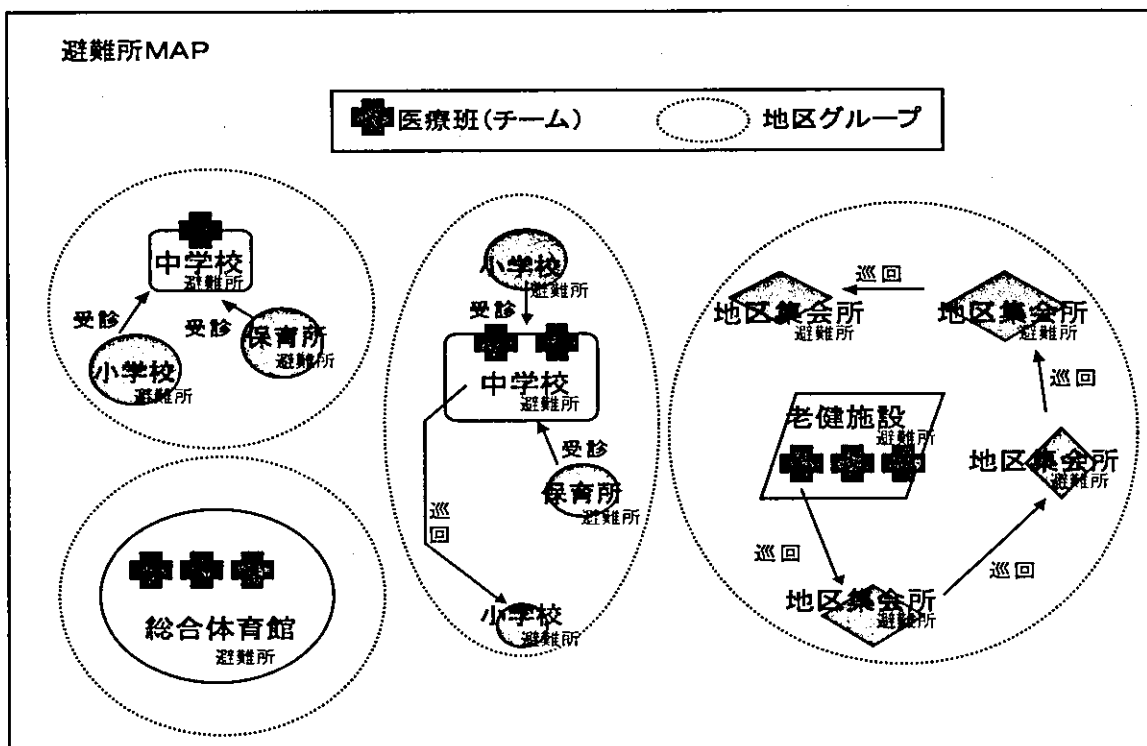
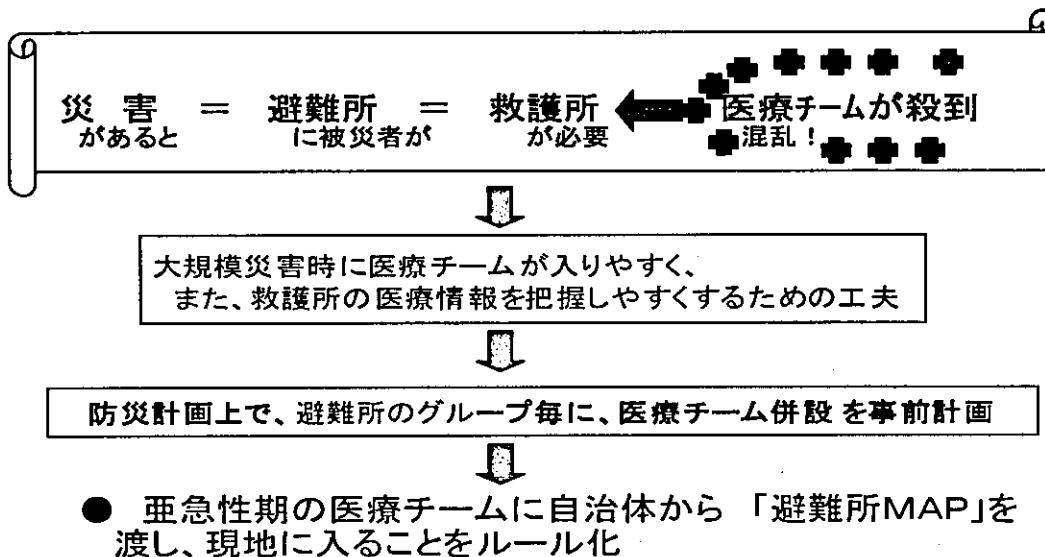
- (1) 医療班は混乱した状況下であっても検討をつけて活動場所を探すことができる。
- (2) 短時間で医療活動を開始することができる。
- (3) 医療チームの活動状況を容易に把握できる。
- (4) 自宅居住者や車上生活者も何処に行けば医療を受けられるかが明確になる。
- (5) 地図は救援物資を届ける際にも利用することができ、救援物資の大規模避難所集中化を防ぐことができる。
- (6) 地元医師会も協力体制をとりやすくなる。
- (7) 地図はボランティア活動者も利用できる。

◎新潟中越地震による検証

平成16年10月31日(発生後8日目)の時点の医療救護所の状況は次のとおり

- ・避難所数 499 箇所
- ・避難所への避難人数 71,402 人
- ・避難所内救護所の定点数 24 箇所

【大規模災害の図式】

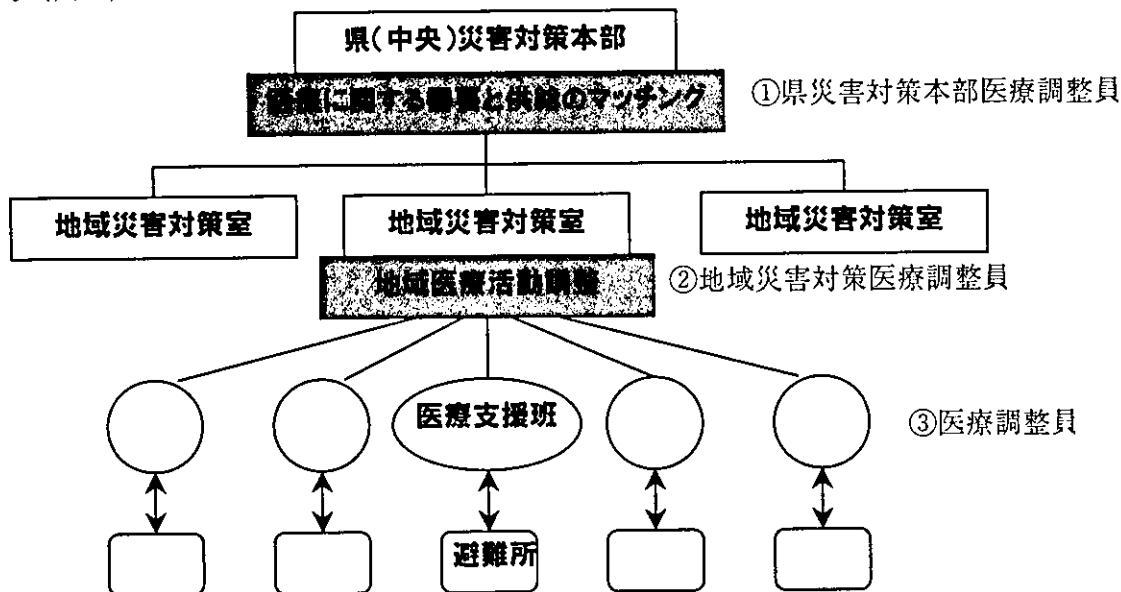


(図1)

2 医療活動調整

発災直後から48時間以内は災害支援急性期と呼ばれており、この時期に被災した各市町村の地域

災害対策室は現地の資源を利用して被災住民救援を実施しつつ、県災害対策本部へ被災状況を報告して必要な救援要請を行うことになっている。この時期に非被災地から被災地に入る医療支援班はレスキューチームとして災害による受傷者の探索と救急救命活動を行うほか、医療先遣隊として被災地の医療情報を収集して、中央災害対策本部さらには後発医療支援班へ情報提供する役割を有している。(図2)



(図2：災害時医療支援体制)

このような時期に、被災地で円滑な医療支援活動を行うには県中央災害対策本部、被災地域災害対策本部さらに医療支援班のそれぞれに保健医療活動調整を担当する専門職が必要である。

県災害対策本部(①)ならびに被災地域災害対策室(②)には、行政官と協力して保健医療対策の指揮をとるため、地域の医療施設あるいは派遣された医療支援班の中から災害対応の訓練を受けた保健医療専門職をそれぞれの対策本部の医療調整員として指名することが望まれる。

医療調整員を中心とする対策本部は、被災地の保健医療に関する情報を分析して支援班などへ提供する一方、利用可能な人材、資機材についての情報を集約して被災地の要望にあった保健医療活動を提供するように努める。(需要・供給調整体制)

被災地で活動する医療支援班のリーダー(医療調整員③)は、各被災地の会議に参加して活動方針に従った保健医療活動を行うために班内調整を行ったり、地域の情報をまとめて地域災害対策本部へ報告するなどの任務を負う。

(1) 県(中央)災害対策室医療部門の組織と役割

ア 災害対策組織運営

- 構成員 県保健医療行政官(地域担当)
- 県医師会代表
- 県災害対策本部医療調整員
- 災害医療支援班地域代表

イ 活動内容

- 被災地情報収集・・・調査チーム派遣(先遣隊)

人材供給
薬剤供給
薬剤以外の物資供給
供給資源輸送・患者搬送ルートの確保
輸送手段の確保
需要と供給のマッチングシステム確立

(2) 被災地(地域)災害対策室医療部門の組織と役割

ア 被災地域災害対策組織運営

構成員 地域保健医療行政官
地域医療施設会代表
災害医療支援班代表
被災者代表

この組織の代表者 地域災害対策医療調整員

イ 活動内容

活動開始・終了報告
各避難所の位置・被災者数確認
定点・巡回診療計画策定
医療班移動手段確保
医療ニーズの把握
地域医療調整官任命
診療方針統一
統一診療記録・統一医療資機材
活動広報
活動日報作成

3 緊急車両道路情報の公開

通行禁止との情報が公開されていても現場では緊急車両は通行可となっている場合がある。特に初期の医療チーム派遣では緊急車両向けの道路情報が公開されればより迅速に医療が実施できる。

災害発生後から亜急性期に救護班が被災地に入る場合、現地の情報、交通手段とその経路さらにはどの被災地に向かうべきかなどについての情報が十分得られないことが多い。大規模災害時に医療チームが入りやすくするための工夫のひとつとして提案したい。

医療活動調整員

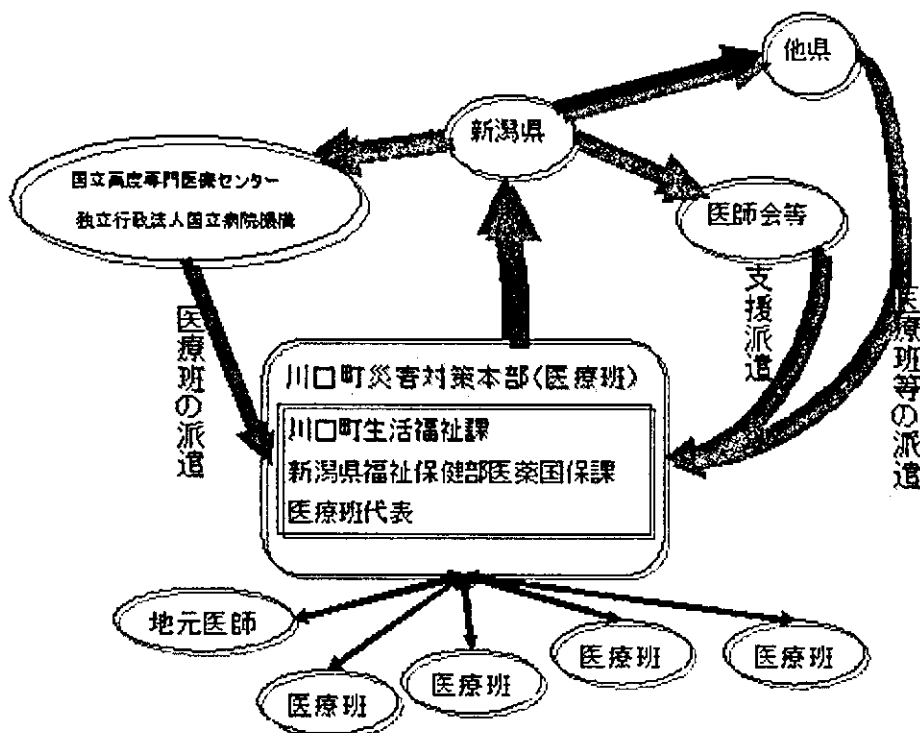
亜急性期の災害医療救護班における医療調整員の活動チェックリスト

区分	活動項目
出発前	<input type="checkbox"/> 各医療施設における集合時間・出発時間確認 <input type="checkbox"/> 所属医療機関との連絡方法確認 <input type="checkbox"/> 所属医療機関の派遣可能人数と活動期間の確認 <input type="checkbox"/> 急性期救急救命班あるいは先遣隊の情報収集(災害対策本部、保健医療担当者連絡先など) <input type="checkbox"/> 被災地情報収集 <input type="checkbox"/> メンバーの専門性・役割分担確認 <input type="checkbox"/> 災害対策本部へ連絡(参加報告、班のメンバー及び機能報告) <input type="checkbox"/> 活動地域ならびに移動経路の決定 <input type="checkbox"/> 活動地域・被災状況確認(二次災害を含む) <input type="checkbox"/> 携行機材・薬剤の確認
現地での活動準備	<input type="checkbox"/> 地域対策本部ならびに所属施設へ到着報告 <input type="checkbox"/> 地域災害対策本部へ所属機関の活動方針報告(人員、携行機材、薬剤、活動予定期) <input type="checkbox"/> 医療支援班や地域災害対策本部、地域医療機関などの代表者会議構築・運営 <input type="checkbox"/> 被災地の被災状況ならびに派遣医療ニーズの把握 <input type="checkbox"/> 情報伝達方法の確認 <input type="checkbox"/> 宿舎の決定 <input type="checkbox"/> 患者搬送経路確認 <input type="checkbox"/> 活動地域決定 <input type="checkbox"/> 統一診療方針確認 <input type="checkbox"/> マスコミ対応方法確認
救護活動	<input type="checkbox"/> 朝夕の医療班代表者定例会議参加・運営 <input type="checkbox"/> 所属班の活動計画作成 <input type="checkbox"/> 日報作成 <input type="checkbox"/> 地域保健医療情報収集分析(ニーズ変化の把握) <input type="checkbox"/> 避難所内感染症流行監視 <input type="checkbox"/> 県災害対策本部への補充品要請 <input type="checkbox"/> スタッフ、地元災害対策本部のメンバーの健康管理 <input type="checkbox"/> 後発医療支援班の必要性判断
撤退・引き継ぎ	<input type="checkbox"/> 後発医療支援班到着確認 <input type="checkbox"/> 患者の引き継ぎ紹介 <input type="checkbox"/> 撤退条件の確認(地域医療機関やライフラインの復旧などの確認) <input type="checkbox"/> 活動報告書の作成 <input type="checkbox"/> 引き継ぎ機材、薬剤リスト作成 <input type="checkbox"/> 所属施設医療班撤退の場合、地域災害対策本部の了承取得

医療調整員マニュアル

1 亜急性期医療活動調整

亜急性期には、すでに中央災害対策本部や被災地対策室などが設立されており、多くの場合避難所における保健医療活動が想定される。この場合の医療調整員の役割は地域災害対策本部での活動調整が主なものとなる。対策本部医療調整員は被災地での保健医療計画に基づいて、地域全体の医療活動を指揮する必要がある。災害医療支援活動経験者か災害医療に関する研修修了者などがこの任務に当たる。被災地地域対策本部では行政官が保健医療担当者として任命されている場合が多く、担当者が災害医療支援に関しての専門性を有していれば最適であるが、そうでない場合には医療支援班代表の中から選出し、行政官の補佐を行うべきである。



(図3：被災地における医療活動調整)

2 各医療支援班の活動調整

各医療支援班が現地に到着後、被災地で医療活動を行う場合には各医療専門家が他の支援班と情報交換や役割分担をおこない活動調整をすべきである。しかしながら、一つの施設が数次に渡り医療支援班を派遣する場合には、自施設の活動方針と地域災害対策本部の活動計画を調整する必要がある。特に、施設から被災地へ最初に派遣される第1班の活動や活動を終了して撤収する最後の班では災害医療支援活動の専門性を有する調整員が強く求められる。

この場合の調整員の活動は後方支援、医師、看護師、薬剤師などの活動と重複する点があるが、この項目では派遣第1班と最終班における医療調整員の活動に関する指針を主に記載する。

【 出発前 】

(1) 所属医療機関の派遣可能人数と活動期間の確認

第1次隊医療支援班は所属医療機関がどれほどの規模で被災地の医療支援を行う予定があるか

をあらかじめ明確にして災害対策本部に報告する。

- ・ 派遣時期：被災地に着く日時を明確にする。
- ・ 医療支援班派遣可能な期間：何日間活動可能かを出来るだけ正確に報告する。
- ・ 医療支援班構成人数：班員数と何次隊まで送る予定があるかを報告する
- ・ 構成要員の専門性：それぞれの班の得意分野について構成要員の専門性を含めて報告する。
- ・ 携行機材・薬剤：用意している機材、薬剤リストを提出する。

(2) 被災地情報収集（二次災害を含む）

出発前に被災状況を把握するための情報収集を行う。出発前の時点でどのような組織がすでにどこで活動しているか知ることも重要である。各組織の連絡先電話番号、情報交換担当者名などを調べておく。少なくとも以下の組織から情報収集を行う。

- ・ 医療先遣隊（急性期災害医療支援班）
- ・ 災害対策本部（県災害対策本部）
- ・ 日本赤十字社
- ・ 被災地あるいは被災地周辺医師会
- ・ 新聞・ホームページなど

ア 医療班活動方針確認

- ・ 自己完結的活動
 - 食料・水の確保
 - 被災地での交通手段確保
 - テント・寝袋などの必要性検討
- ・ 診療方針統一（記録・携行機材）
- ・ 構成要員の役割分担（健康管理、記録、連絡）

イ 情報伝達（被災地で活動中）

地域災害対策室、中央災害対策室、所属組織あるいは機関との情報伝達方法確認
情報交換担当者や定期情報伝達時間の確認

ウ 活動地域と移動経路の想定

- ・ 活動地域の仮決定
- ・ 活動目的地までの移動経路を県災害対策本部などに確認
- ・ 活動予定地域の地域災害対策室担当者へ連絡

【 現地での活動準備 】

(1) 地域災害対策本部での打ち合わせ

- ・ 地域対策本部ならびに所属施設へ到着報告
- ・ 被災地の被災状況ならびに派遣医療ニーズの把握
- ・ 活動地域決定、宿舎の決定

- ・ 所属機関の活動方針報告（人員、携行機材、薬剤、活動予定期）
- ・ 医療支援班や地域災害対策本部、地域医療機関などの代表者会議参加
統一診療方針確認、患者搬送経路確認、マスコミ対応方法確認

【 救護所活動 】

(1) 被災地における医療活動

- ・ 朝夕の医療班代表者定例会議参加・運営
各班の活動計画作成
- ・ 地域保健医療情報収集分析（ニーズ変化の把握）
避難所内感染症流行監視、日報作成
- ・ 所属機関への定例報告
後発医療支援班の必要性判断
- ・ スタッフ、地元災害対策本部のメンバーの健康管理

【 引継ぎ・撤退 】

(1) 引継ぎ

- ・ 後発医療支援班到着確認
- ・ 患者の引き継ぎ紹介
- ・ 引継ぎ機材、薬剤リスト作成

(2) 撤退時

- ・ 撤退条件の確認（地域医療機関やライフラインの復旧などの確認）
- ・ 活動報告書の作成
- ・ 所属施設医療班撤退の場合、地域災害対策本部の了承取得

参考資料

- 1 救急医学 Vol. 15, No.13, December 1991 集団災害
- 2 21世紀の災害医療体制 災害に備える医療のあり方
- 3 災害の書動機における活動マニュアルとその運用に関する研究班 研究報告書
- 4 国際災害看護マニュアル
- 5 Natural Disaster Protecting the Public's Health PAHO
- 6 JICA 防災と開発 2003
- 7 国際協力機構災害救援医療チーム診療録

後方支援員

亜急性期の災害医療救護班における後方支援活動チェックリスト

区 分	活 動 項 目
出 発 前	<input type="checkbox"/> 情報収集のうえ、派遣目的地、派遣ルート、派遣人員構成を決定 <input type="checkbox"/> 活動地点での電気、水道、ガスなどのライフラインの状況を確認 <input type="checkbox"/> 資材物品の準備(搬入物品一覧 38 頁を参照) <input type="checkbox"/> 車両には前部と後部に救護班と判る表示 <input type="checkbox"/> 出発前に情報を共有化するための打ち合わせ実施
現 地 で の 活 動 準 備	<input type="checkbox"/> 移動中は、可能な限り、マスコミ情報・ネット情報・自施設・地元自治体から情報を取得 <input type="checkbox"/> 被災地に入ったら自治体、医療機関、大規模避難所で情報を収集 <input type="checkbox"/> 携帯電話の不通も予想されるため、自施設へ定時に連絡 <input type="checkbox"/> 車両の燃料切れを起こさないために早め早めに燃料補給 <input type="checkbox"/> 被災地へ入る直前に食料等物品調達を再確認 <input type="checkbox"/> 行動記録をつける <input type="checkbox"/> 深夜の行動は、道路事情が悪い場合は禁止 <input type="checkbox"/> 他チームと合流した場合は共同活動を試みる・情報を共有化
救 護 活 動	<input type="checkbox"/> 医療チームを取り巻く構成を確認(避難所責任者、被災者代表、市町村責任者等) <input type="checkbox"/> 救護所内の指揮命令系統を確認 <input type="checkbox"/> 日々の出来事を記録 <input type="checkbox"/> 他チームと様式等をなるべく統一(活動状況報告書 39 頁を参照) <input type="checkbox"/> 各ミーティングに参加し情報を収集 <input type="checkbox"/> 診療受付、連絡調整、巡回診療補助、掲示物管理等の診療補助業務を積極的に実施 <input type="checkbox"/> 補充物品の調達 <input type="checkbox"/> 自チームの活動日数を自施設と調整 <input type="checkbox"/> 自チームの活動は後続へどう繋げていくかローテーションを検討 <input type="checkbox"/> 医療関係者らしく被災地のマナーを厳守 <input type="checkbox"/> 一般ゴミ、医療ゴミを分別し、最後まで責任を持つ <input type="checkbox"/> 医療チームの健康を守るため食事、活動時間等の生活環境を整える
撤 退 ・ 引 継 ぎ	<input type="checkbox"/> 医療活動の必要性が残っている撤退か、必要性がなくなった撤退であるか見極める (他の医療チームに引き継ぐか、医療機関に引き継ぐか医療の継続性を図り撤退) <input type="checkbox"/> 撤退について地元自治体、地元住民(区長等)、地元医療機関の了承を得る <input type="checkbox"/> 診療録は整理し、引き継ぎ機関を確定 <input type="checkbox"/> 撤退のための移動手段を確保 <input type="checkbox"/> 持ち帰る荷物の整理 <input type="checkbox"/> 撤退する際は清掃し、医療廃棄物を含めて持ち帰る