

## (2) 地域医療救護拠点の役割

地域医療救護拠点は、震度5以上の地震発生時、初期対応として発災から3日間程度開設されるものである。区内7ヶ所(中学校区に1ヶ所)設置(必要時には仮説救護所の設置を行う)され、区医師会派遣医師2名、区薬剤師会派遣薬剤師1名、区民ボランティアの看護師5名、区本部2名が配置され、①病気やけがの緊急度や重症度を判定して、治療や後方搬送の優先順位を決めるトリアージ、②外科的負傷者のうち軽・中傷者に対する応急手当、さらに医療が必要な方への医療機関への搬送、③糖尿病、心臓病、高血圧等の慢性疾患約の入手が困難な患者への対応の役割を担うことが明らかにされた。

これに対し、医師会、薬剤師会、看護師の配置に対する現実的方法が不明確であることが明らかにされ、これらの役割に対する業務手順や物品の管理等を整備する必要があることが明らかにされた。また、在宅重症療養患者は、発災時に状況によっては医療機関への搬送が必要である可能性が高いため、トリアージの優先的施行、搬送場所・方法の明確化を行う必要があることが明らかにされた。

### (3) 災害医療拠点病院とその他の医療機関との連携

二次医療圏の災害医療拠点病院には、総合病院2ヶ所、大学付属病院2ヶ所、公立病院1ヶ所の計5ヶ所があり、区内7ヶ所の地域医療救護拠点でトリアージされ、医療の継続が必要であると判断された患者が搬送され、治療を提供する役割を担うことが明らかにされた。また、地域医療救護拠点からは、患者の状況に応じて診療可能な病院に医療情報が提供され、そこでも医療が提供される仕組みが明らかにされた。

医療救護隊は、地域医療救護拠点、公立病院、災害医療拠点病院、市医師会、日本赤十字社県支部等に設置され、医薬品は、地域医療救護拠点、区福祉保健センターに備蓄され、不足分については公立病院、地域中核病院、市薬剤師会から調達される仕組みであることが明らかにされた。

これに対し、発災時に医療機関への搬送の可能性が高い在宅重症療養患者においては、行政機関がその状況を取りまとめ、災害医療拠点病院との協定を結ぶ必要があることがわかった。道路・交通機関等の状況を鑑み、被災状況を数段階にシミュレーションし、搬送の可能性のある在宅重症療養患者の状況と必要な物品、搬送方法等を試算しておくことが重要であるといえた。

### (4) 医療情報の提供

地域医療救護拠点は区本部と在宅重症療養患者の医療情報を交換し、市健康福祉局と調整を行いながら、受診可能な医療機関の情報や必要ない薬品の調達方法、被災地外への搬送に関する情報を提供する仕組みが明らかにされた。

これに対し、発災後に混乱なく効率的に支援が提供できるためには、平常時から在宅重症療養患者の情報を経時的に的確に把握し、発災後の状況をシミュレーションし、複数の段階で搬送および医療処置継続の方法を確保しておくことが不可欠であることが明確にされた。

## (5) 援護班の役割

援護班は、要援護者のための特別避難場所の設置運営をするとともに、区内の要援護者の状況を把握し、状況に応じた必要な措置を実施すること、遺体の安置、行方不明者の把握等を行い、市民生活の安定を図ることが明らかにされた。

これに対し、在宅重症療養患者と医療処置は必要としないが訪問看護等の在宅支援を受けている要援護者の状況を区別して把握し、それぞれの状況に応じた援護班の設置が必要であることが明らかにされた。

## (6) 特別避難場所の確認

区内には、17ヶ所の特別避難場所が指定されており、地域包括支援センター、特別養護老人ホーム、通所施設等が含まれている。

これらの施設は、平常時にサービスを提供している対象者の身体状況や介護状況が異なるため、発災時に異なるニーズをもつ被災者が混同すると混乱が予測され、支援の効率も低下すると考えられた。そこで、各施設の通常の機能を考慮し、発災時に支援する対象群を選定し、その対象群に応じた支援体制の構築が必要であること、平常時からそれらの対象群を支援する機会を設けることの必要性が明らかにされた。

## (7) 要援護者の安全確保・状況調査の概要

要援護者の安全確保・状況調査は、緊急巡回チーム(ケースワーカー、保健師で編成)による在宅要援護者名簿の対象者の確認、地域防災拠点や民生委員等による緊急安全調査(要援護者の避難状況の確認)、巡回健康相談による要援護者の把握、避難場所における要援護者の環境調整等が実施される予定であることが明らかにされた。

これに対し、在宅重症療養患者は医療処置を必要とすることから、アセスメントや処置の必要性について専門的な知識を要するため、医療調整班等の専門チームが安全確保の役割を担うべきである。全体数も限られているため、情報の管理と安全確認・支援提供を行う専門職を限定する必要性が示された。

## 2) 在宅重症療養患者の範囲の選定とリスト管理方法の検討

### (1) 在宅重症療養患者の範囲

在宅重症療養患者の範囲については、前述した分担研究2において定義された、在宅で診療報酬が認められている医療処置(人工呼吸療法、気管切開、吸引、在宅酸素療法、経管栄養法、点滴療法、人工透析、排尿・排便管理、褥瘡等)を受けている者でメンバー全員の一致が得られた。これらの者は、ライフラインの確保が生命に直結することから、緊急・災害時にはより迅速な対応が必要であること、医療機関への搬送が第一義として考えられること、避難所においても専門的知識と対応が必要であること等から、特別な支援体制が必要であることの確認がなされた。

政令市で要援護者の対象と考えている、①介護保険要介護度3以上の居宅で生活する方、②介護保険要支援以上で一人暮らしの方、いずれもが要支援以上の高齢者のみ世帯、③認知症のある方、④障害者自立支援法に基づく障害程度区分認定者または視覚障害者、聴覚障害者については身体障害者手帳1～3級の方、避難支援を希望する障害児、⑤難病患者等の在宅療養者、⑥居住外国人のうち、⑤が該当すると考えられ、その内容を明確にしたものであることが示された。

## (2) 在宅重症療養患者のリストアップと管理

行政で把握している情報からのリストアップの可能性について検討した。行政で把握できる、①介護保険要介護認定申請書の医師の意見書、②身体障害者手帳、③小児特定疾患利用給付の情報から、対象者の実数や療養状況の把握を試みたところ、介護保険で把握できた医療機器使用者49人のうち、19人が入院または入所中であることが追跡調査で明らかになった。また、身体障害者手帳の情報は、申請時のものであり、その後の経過は把握されていないため、療養者の現状を把握することは困難であった。小児特定疾患医療給付のほとんどは入院または入所者であり、在宅療養の実態を把握することはできなかった。さらに、行政機関と特徴として業務分担があり、各申請の窓口は異なり、各窓口の情報共有が個人情報保護の問題で困難であることから、現状の行政が把握する情報については、災害支援への活用は極めて困難であることが明確になった。

検討会メンバーで、在宅重症療養患者のリストアップと管理について検討した結果、成人および高齢者の在宅重症療養患者については訪問看護事業所、小児の在宅重症療養患者については重症心身障害者通所施設等が、療養状況の把握に適していることが示された。しかし、これらのサービスを受けている場合に限り把握できるという限界があり、例えば、在宅酸素療法についてみると、在宅酸素を提供している医療機器メーカーの情報では同区内に250人以上の患者がいるとされているのに対し、訪問看護事業所の調査では31人しか把握することができなかった。特に、在宅酸素療法はADLが高く、生活の自立度が高い療養者も多く、そのような患者は在宅支援サービスを必要としないため、療養状況の把握は極めて困難である。

以上の結果から、在宅授養療養患者の中でも介護度やADLにばらつきのある在宅酸素療法、人工透析、排泄管理については、医療機関や医療機器メーカー等の協力を得てリストアップを図る必要がある。また、把握した後の情報の更新についても、方法を構築する必要があることが明らかになった。把握内容については、検討メンバーの意見を集約し、項目を抽出した。在宅重症療養患者の把握内容の枠組みについては、表7に示す。

### 3) 地域関係機関の緊急・災害時の支援役割の明確化

検討会のメンバーに対し、個々の機関内で緊急・災害時の支援体制および役割について、①医療機器使用者の把握、②機関内の体制作り、③職員の教育、④利用者に対する教育や災害支援体制、⑤医療情報の共有、⑥関係機関との連携、⑦支援役割の特徴についての7項目について、内容分析により整理を行った。

これらの情報を統合し、在宅重症療養患者に対する地域全体の緊急・災害時の支援体制の課題について構造化した。

また、これらの結果を統合し、在宅重症療養患者に対する地域全体の緊急・災害時の支援体制の課題について、以下の6項目が抽出された。

- ① 緊急・災害管理区分の明確化と該当者の把握及び情報更新システムの構築
- ② 在宅重症療養患者の緊急・災害時病床の確保と搬送システムの構築
- ③ 地域関係機関の各々の役割分担と連携方法の構築
- ④ 在宅重症療養患者に必要な支援物資の明確化と備蓄・活用方法の整備
- ⑤ 在宅重症療養患者の緊急・災害支援に関する知識の普及と教育体制の整備
- ⑥ 個々の療養者に対する日頃の供えの整備

## 5. 考察

近年、災害時要援護者の避難対策の構築が求められており、保健所を中心に消防署、地域医療機関、病院など関係する機関が連携し、避難支援者とともに病院等への搬送などの個別支援プランを具体化しておく必要があるという背景を受け、総括研究の目的②「調査票の開発とその調査票を用いたデータ収集による現状課題の分析」の中で、保健所および地域関係機関の緊急・災害時の支援体制の整備状況と取り組むべき課題の明確化を目的に研究を実施した。

地域特性を鑑みた具体的な課題を明確にし、そこから在宅重症療養患者に対する緊急・災害時の支援体制の基本的な方向性を導き出すために、A政令市保健所支所の協力を得て、区医師会、訪問看護事業所、病院、診療所、福祉施設、地域包括支援センター、医療機器メーカー、介護支援専門員、福祉保健センターおよび主任研究者を構成メンバーとし、2回にわたる検討会とその合間での各地域関係機関内での在宅重症療養患者に対する地域関係機関の緊急・災害時の支援体制の整備状況と取り組むべき課題に関する分析を行い、それらを総合することで地域全体の災害支援課題を明確にした。

まず、第1回検討会において市の防災計画の概要、区の災害支援の取組みについて詳細を見直し、各機能について理解するとともに現状課題について検討を行った。その結果、現状では、医療調整班、地域医療救護拠点、災害医療拠点病院、援護班、特別避難場所等の指定と大まかな役割については整理されているが、具体的な活動につながる取り決めはなされていないため、現実には機能しない恐れがあること、要援護者の範囲が広く、対象によって支援ニーズが異なるため、対象別の具体的な課題を明確にする必要があること等が明らかにされた。特に、本研究の対象である在宅重症療養患者は、発災時に生命の危険にさらされる危険性が高く、医療機関への搬送、避難場所等での医療の継続等を迅速に判断し、対応するシステムが不可欠である。分担研究2からも、在宅重症療養患者占める割合は比較的少ないことが示唆され、対象者の把握とその特徴に応じた具体的活動計画が有効であることが予測された。

本検討会により、地域関係機関にはあまり知られていなかった行政の災害対策の

概要を理解する機会となり、地域関係機関の各々が行政の災害対策においてどのような役割を果たすべきかについて深く考えることにつながった。また、在宅重症療養患者の特性について情報を共有することで、地域関係機関がそれぞれの役割について理解することができ、行政機関(保健センター)にも地域の現状を理解してもらう重要な機会となった。お互いの役割について理解すること、災害支援に対して向かうべき方向性を確認しあうことが連携の第1歩であると考え。その意味で、本検討会は、地域の関係機関が地域の災害支援を協働で作り上げると意識を確認しあえる機会となったといえる。

第1回検討会において、対象別の具体的な課題を明確にする必要性が明らかにされ、在宅重症療養患者の範囲について再検討した。その結果、市で要援護者の対照と考えている6分類のうち、難病患者等の在宅療養者に該当することが整理された。さらに、具体的な状況について在宅で診療報酬が認められている医療処置(人工呼吸療法、気管切開、吸引、在宅酸素療法、経管栄養法、点滴療法、人工透析、排尿・排便管理、褥瘡等)を受けている者と定義した。しかし、これらの対象者は行政機関が保有している介護保険要介護認定申請書等の情報からでは、正確な数や療養状況について把握することは極めて困難であることが明確にされた。特に、日常生活の自立度が高い人工透析患者等は把握が非常に難しく、災害時のニーズも全介助の在宅人工呼吸器装着者等とは異なることが考えられた。そのため、まずは医療機関や医療機器メーカー等の協力を得てリストアップの方法を検討すること、そこから実態に応じて対象者の区分を明確にしていく必要があることが今後の課題として残された。また、在宅重症療養患者は状況が変化しやすいことが予測され、現状を反映できる情報更新システムを構築することが非常に重要な課題であることが明らかにされた。

また、第1回検討会により、各地域関係機関が災害支援に対して向かうべき方向性が確認できたことから、この検討会の後に、各地域関係機関において緊急・災害時の支援体制および役割について整理を行った。これらを第2回検討会において統合し、地域全体としての在宅重症療養患者に対する緊急・災害時の支援体制の課題について、①緊急・災害管理区分の明確化と該当者の把握および情報更新システムの構築、②在宅重症療養患者の緊急・災害時病床の確保と搬送システムの構築、③地域関係機関の各々の役割分担と連携方法の構築、④在宅重症療養患者に必要な支援物資の明確化と備蓄・活用方法の整備、⑤在宅重症療養患者の緊急・災害支援



に関する知識の普及と教育体制の整備、⑥個々の療養者に対する日頃の供えの整備の6項目が明らかにされた。

これらの課題について、平成20年度も継続し関係者検討会を実施し、在宅重症療養者の把握方法を明確化し、実態を明らかにすることで、管理区分の基準化をはかり、病床の確保や搬送システム、必要物資の試算と具体的な方法の構想を立案していきたい。また、各地域関係機関がそれぞれの特徴を活かした災害支援を実践できるように、各機関でマニュアル化が推進できるように組織し、それぞれの機関から地域住民に対して、地域の普及と教育が継続されるように整備する必要がある。

行政機関(保健所等)を中心に地域の関係機関が集まり、協働しながら緊急・災害時の支援体制を構築していくプロセスの重要性が明確になり、このプロセスを経ることで地域特性に応じた緊急・災害時の支援体制の構築マニュアルへと発展できると考えられた。

## 6. 結論

本稿では、総括研究の目的②「調査票の開発とその調査票を用いたデータ収集による現状課題の分析」の中で、保健所および地域関係機関の緊急・災害時の支援体制の整備状況と取り組むべき課題の明確化を目的に研究を実施した。

地域特性を鑑みた具体的な課題を明確にするため、A政令市保健所支所の協力を得て、区医師会、訪問看護事業所、病院、診療所、福祉施設、地域包括支援センター、医療機器メーカー、介護支援専門員、福祉保健センターおよび主任研究者を構成メンバーとし、2回にわたる検討会とその合間での各地域関係機関内での在宅重症療養患者に対する地域関係機関の緊急・災害時の支援体制の整備状況と取り組むべき課題に関する分析を行い、それらを総合することで地域全体の災害支援課題を検討した。

その結果、①緊急・災害管理区分の明確化と該当者の把握および情報更新システムの構築、②在宅重症療養患者の緊急・災害時病床の確保と搬送システムの構築、③地域関係機関の各々の役割分担と連携方法の構築、④在宅重症療養患者に必要な支援物資の明確化と備蓄・活用方法の整備、⑤在宅重症療養患者の緊急・災害支援に関する知識の普及と教育体制の整備、⑥個々の療養者に対する日頃の供えの整備の6項目が明らかにされた。

今後、これらの課題に対し、地域特性を考慮した具体的な計画を策定していくことが重要である。

表7 在宅重症療養患者の把握内容の枠組み

項目	内容
1. 療養者の基本情報	住所、氏名、電話、メール 生年月日、血液型等
2. 家族の支援体制	家族構成、年齢、健康状態、介護力、 仕事の有無等
3. 療養者の身体状況	医療処置管理、特定症状(呼吸障害等) 栄養管理、コミュニケーション方法、ADL等
4. 利用制度	介護保険要介護認定、障害者手帳、 難病認定、年金、手当等
5. 災害時連絡	災害時連絡網、災害時連絡の確保、避難所、 搬送医療機関、他地域の家族連絡先等
6. 医療機器	人工呼吸器、在宅酸素供給器、吸引器、 経管栄養、点滴等
7. 福祉機器	車椅子、文字盤、杖、手すり、 介護用ベッド、エアマット等
8. 療養支援体制	専門医、かかりつけ医、訪問看護、訪問介護、 緊急時訪問、病床確保、通所施設等
9. 備蓄と非常用持出用品	代替医療機器、予備の衛生材料、予備薬、 バッテリー、栄養剤、防災袋等
10. 家屋の耐震	耐震度、住居内の完全地帯の確認、 居住階、非常階段等
11. 支援区分	自力避難、介助避難、医療機関搬送、 他地域の家族非難等

## 支援体制の整備と医療ネットワークの構築に関する検討(その3)

### 新潟県中越沖地震から得られた支援体制の課題

主任研究者 小西かおる 昭和大学保健医療学部

#### 研究要旨

本研究では、総括研究目的②「調査票の開発とその調査票を用いたデータ収集による現状課題の分析」の中で、平成19年の新潟県中越沖地震の支援活動の実際から、在宅重症療養患者の緊急・災害時の支援体制の課題を明確にすることを目的とした。

看護師および理学療法士のボランティア参加による実態調査と医療機器メーカーによる支援活動の報告から在宅重症療養患者の緊急・災害時の支援体制の現状と課題について検討した。

その結果、要援護者を対象とする特別避難所の課題としては、①全体を把握するリーダーの配置、②被災者の病状・支援内容等に関する情報管理、③ケアの効率化、④スタッフの疲労の蓄積、⑤被災者の廃用性障害、⑥糖尿病・高血圧等の食事管理、⑦生活リズムの確保の7項目が抽出された。また、医療機器使用者に対する支援体制の課題としては、①様々な災害を想定した医療備蓄の分散保有、②物資のタイムリーな提供方法の構築、③連絡方法の構築、④隣県からの初動人員の確保と活動体制の明確化、⑤広報、社会貢献に関する組織対応、⑥道路状況の情報提供・対応システムの構築、⑦報告体制の簡素化・一本化、⑧個人情報の把握方法と緊急・災害時の取り扱いに対するガイドラインの整備、⑨日頃からの緊急・災害教育の徹底の9項目が抽出された。災害時に効率的な支援活動が展開されるためには、地域住民及び地域関係者の一人ひとりが緊急・災害に対する知識を身につけ、自己防衛できるような日常的支援を構築する必要があることが示された。

## 1. 緒言

平成7年の阪神・淡路大震災の後、平成16年10月23日に発生した新潟県中越地震、平成17年3月の福岡県西方沖地震、平成17年8月の宮城県沖地震、平成19年3月能登半島地震等が続いており、各災害の被災状況、支援活動についての分析が進められ、災害支援対策は確実に進歩している。また、地震だけではなく、異常気象などの影響を受け、平成16年7月の新潟・福井豪雨、平成16年台風10号とその後の豪雨、平成18年大雪による被害、平成19年7月の梅雨前線による大雨の被害等の被害も頻発している。これら自然災害の支援活動の実際から得られる情報は最も重要であり、具体的な支援計画の設計に大変役に立つ。しかし、これまでの災害支援の活動報告には、在宅重症療養患者に関するものは少なく、医療処置を必要とする人や介護を必要とする要援護者への支援活動の実態については、表面化されていない部分が多い。また、行政保健師の派遣、日本赤十字社や日本看護協会等が救護班等を派遣している実態については報告が見られるが、地域の訪問看護師や関係機関の具体的な活動については、あまり報告されていない。

そこで、平成19年7月に発生した新潟県中越沖地震に対し、看護師及び理学療法士のボランティア支援を実施することで、被災地の活動状況や課題等を体感し、特に、在宅重症療養患者の支援体制について課題を明確にすることを目的とし研究を実施した。

## 2. 目的

本研究は、総括研究目的②「調査票の開発とその調査票を用いたデータ収集による現状課題の分析」の中で、平成19年7月発生の新潟県中越沖地震の支援活動の実際から、在宅重症療養患者の緊急・災害時の支援体制の課題を明確にすることを目的とする。

### 3. 方法

#### 1) 看護師及び理学療法士のボランティア参加による実態調査

看護師3人、理学療法士1人が災害発生10日目から3日間、被災地(刈羽地域)の支援ボランティアとして参加し、被災状況の視察、ボランティア活動を通じた支援活動の実際の観察、保健師等の支援者からのヒアリング等から情報収集を行い、得られたデータの内容分析により災害支援の課題を抽出した。

#### 2) 医療機器メーカーによる支援活動からみた課題

在宅酸素および在宅人工呼吸器を供給している医療機器メーカー4社の新潟県中越沖地震に対する災害支援の報告から、支援活動の実態を明らかにし、在宅酸素療法、在宅人工呼吸療法を受けている療養者の災害支援に関する課題を抽出した。

## 4. 結果

### 1) 看護師及び理学療法士のボランティア参加による実態調査

#### (1) ボランティア参加までの課題

専門職(看護師、理学療法士等)としてのボランティア参加の方法について調べたところ、看護師については、日本赤十字社は発災当日に、新潟県支部に支部災害救護実施対策本部、支部現地災害救護実施対策本部、支部防災ボランティアセンター、本社に本社災害救護実施対策本部を設置しており、44の救護班を立ち上げ、被災地への派遣を行っていた。同時に、薬剤、救援物資等の配分、全国の赤十字病院での負傷者の受入等の幅広い活動を展開していることがわかった。また、日本看護協会では、災害支援ネットワークを活用して被災県看護協会、都道府県看護協会および関連団体より情報収集し、情報の集約と都道府県看護協会への情報提供を行っていた。そして、被災県看護協会の支援要請に応じて災害支援ナースの派遣調整を実施していた。その他、日本看護協会の専門職支援・中央ナースセンター事業部が担当部署となり、災害支援ナースのこころのケアワークショップ等を開催していることもわかった。

以上のように、日本赤十字社や日本看護協会等による災害支援体制については明らかにされたが、これらの団体等に所属していない看護職の参加は受け付けられておらず、そのような看護師がボランティア参加する方法についても明確にはされていない。

行政の保健師については、厚生労働省から全国に派遣要請が送られ、派遣できる自治体は派遣日数や派遣の時期、人数体制等の情報を厚生労働省に返し、それを受け厚生労働省は本庁へ集合場所、連絡先、最低限用意すべき物品等の情報提供を行い、本庁が保健師に連絡する体制がとられていた。厚生労働省は、避難所の数・規模、調査等の予定から必要な派遣保健師数を予測し、自治体との調整を行っていた。

しかし、これも行政保健師に限定された派遣であり、有資格者であっても災害支援

体制に組み込まれている団体等に登録していなければ、ボランティア参加の方法は明確ではないことが明らかにされた。そこで、地域支援の一端を担う新潟県社会福祉協議会に問い合わせをしたところ、発災から日が浅く混乱の状況にあり、被災状況が把握されておらず、必要ボランティア数の試算もされていないことから、被災現場の混乱を防ぐため県外からの車の乗り入れ、県外からの一般ボランティアの受入は制限されていた。ボランティア参加予定の4人のうち1人が新潟県在住であったため、その1人の居住地を拠点とし一般ボランティア参加することが可能となった。

これらのことから、一般者がボランティア支援を行う方法についての情報は普及しておらず、被災地現地での混乱を避けるためにも、通常から支援活動の方法についての知識の普及が必要であり、事前に登録をして研修等で災害支援に関する理解を深めておくことが効果的な支援につながることを考えられた。

## (2) 被災地へのアクセスの課題

新潟県社会福祉協議会を通じたボランティアは、新潟市内と被災地から最も近い長岡駅からボランティアバスが運行されていた。ボランティアに参加する際には、このボランティアバスに事前予約をする必要があった。新潟や長岡は被災しておらず、鉄道の被害もなかったため、これらの駅までのアクセスには問題はなかった。また、駅ロータリーにおいて、柏崎方面、刈羽方面へのバスが分かれており、混乱が少なく、確実に被災現場に到着できるという安心感があった。不要な車両が被災現場に進入し、必要物資の運搬の妨げになったり、交通渋滞等の原因になることを防ぐ役割を果たしていた。さらに、バスで被災現場に向かう間に、ボランティア参加者に向けた諸注意やオリエンテーションを効率よく受けることができた。



### (3) ボランティア支援活動の課題

ボランティアバスで被災地に到着した後、ボランティアセンターで登録受付、保険加入を行い、ボランティア全員に対してボランティアセンター長から一日の活動内容の説明がされた。その後、少人数のグループ編制が行われ、リーダーを決定し、作業の紹介・説明、地図確認等が行われた。作業に使用する資材などの準備が完了すると、ボランティアセンターを出発し、現場のニーズに合わせた活動を実施した。15時30分までにボランティアセンターに戻り、活動報告を行った後、ボランティアバスで駅まで戻るという行程を繰り返した。

ボランティアへのオリエンテーションは、わかりやすい資料等を配布し、注意事項や一般的な対処方法について説明がされ、極めてスムーズであった。グループ編制も、被災地支援の経験がある者と初心者とが組み合わせられるように組み立てられており、経験者からの助言を受けて活動することができた。これらのことから、ボランティアへの被災現場での対応は、整備が進んでいることが明らかにされた。

### (4) 安否確認と支援ニーズの評価に関する課題

人口も少なく、住民相互の係わりの強い地域であり、住民同士が住居構造や生活スタイル等を把握しあっており、村議会議員や行政機関職員、郵便局職員等も地域住民の生活状況を把握していたため、住民相互の安否確認が速やかに行われ、支援を必要とする者の把握・対応がすばやく行われていた。しかし、安否確認がされた後に避難所、親戚宅等に移動した場合、その後の状況がわからず、継続的に状況を把握することが困難であった。

道路の復旧が早く、周辺都市の被災がなく、鉄道の運行には影響が少なかったこともあり、他県の親戚宅への一時避難や周辺都市の病院への搬送が対応可能であった。

## (5) 特別避難所(要介護者に対する避難所)における課題

支援物資等は充足している様子であったが、食品、ごみ、汚物、トイレ等の衛生管理については、多くの課題が残されていた。施設によって対応が異なっていたが、重症度の高い被災者を対象とした施設のほうが食品、ごみ、汚物処理が分かれており、ベッドのある療養空間と食事用のテーブルや椅子のある生活空間が分けられており、異臭に関する苦情やストレス、不安の発言が少ないように感じられた。最も多い主訴は不眠であった。

特別避難所には日本赤十字社の救護班が24時間体制で毎日交代支援を実施していた。車椅子等の必要がある要介護者、服薬管理等が必要な被災者を対象とした避難所では、ベッドが8台程あり、日本赤十字社による看護師派遣、社会福祉士、ヘルパー等により支援されていた。しかし、ベッドには氏名の記載もなく、被災者の氏名等の情報についても、初期の安否確認ではガムテープ等に氏名を記載し本人に貼り付ける等がなされていたが、着替えをするうちに不明確になっていた。病状等の自己申告の能力にかける被災者に対しては、本人の確認が十分に行われなままに服薬管理や処置等が実施されており、インシデント発生リスクが高い状態であった一定の記録様式はなく、日替看護師間で口頭による情報伝達が続けられており、重要な情報が抜け落ちていたり、伝達の過程で変換された情報も存在することが考えられた。

発災10日目にして、ようやくスタッフによる情報の共有が行われ、重症度の高い被災者への避難所における支援の課題が検討された。その結果、①全体を把握するリーダーの配置、②被災者の病状・支援内容等に関する情報管理、③ケアの効率化、④スタッフの疲労の蓄積、⑤被災者の廃用性障害、⑥糖尿病・高血圧等の食事管理、⑦生活リズムの確保の7項目が抽出された。避難所に派遣されている専門職が移乗、食事介助等の介護技術を持つボランティアに指示を出し、ケアの効率化を図ることと、ケアの継続、統一を図り、二次的被害を防止するシステムの整備が必要であることが明らかにされた。

また、日本赤十字社の支援も打ち切りが予定されており、支援終了後のケア継続に関する課題が残された。

## (6) 自宅で生活続ける人への支援課題

平成16年の新潟県中越地震の経験や情報があったため、被災後の対応についての知識があり、何をしてもよいのかわからないという混乱は少なかったようである。しかし、発災時の恐怖、引き続く余震の不安、建物の安全性が確認されない中での生活に体調を崩し始めている人々が多くみられた。

これまでの災害で問題になったエコノミー症候群への対応等に加え、発災時期が夏季であったため熱中症の予防等に関する情報は、避難所や地域住民へのポスター等の掲示による情報伝達、警察等による巡回指導が行われ、予防への取組みは積極的に実施されていた。

しかし、社会情勢の変化の影響を受け、在宅で介護保険等を利用した療養生活を送っている住民は増加の傾向にあり、通常利用している通所サービス、訪問サービスが利用できないために、家屋被害が比較的少なくても在宅療養の継続が困難になるケースが問題に挙げられた。これに対し、ケアマネ、福祉施設等が対応していたが、介護保険等の制度利用に関する具体的な相談支援の充実が必要であることが明らかにされた。また、避難所には診療所等が設置されているが、自宅で療養を継続している被災者に対する診療はほとんどなく、療養状況や被災状況、健康問題に関する評価、把握システムの構築が必要であることが明らかにされた。

## 2) 医療機器メーカーによる支援活動から見た課題

### (1) 在宅人工呼吸療法

在宅人工呼吸器の供給率が高い医療機器メーカー3社による、自然災害時の支援活動の実際について情報収集し、支援体制の現状と課題について検討した。

A社においては、平成7年の阪神・淡路大震災の際、電話の不通等により、A社人工呼吸器を利用している療養者34人に対する安否確認は、発災3日目から実施された。このうち33人は無事が確認され、1人については連絡が取れなかったが、患者会から「停電のため人工呼吸器が作動せず、蘇生バッグで換気を維持している」という情報が入り、A社より外部バッテリーを搬送し対応した。被災者や医療機器メーカーから単独に医療機関に連絡をすることは極めて困難な状況であった。平成16年の新潟県中越地震においては、3人の利用者があったが、外部バッテリーを保有しており、自力での対応で特に問題はなかった。しかし、電話での安否確認は非常に難しく、利用者がどこで、どのように生活しているのかを把握するのに時間を要した。

B社においては、平成19年の新潟県中越沖地震において利用者が被災したが、利用者に対する災害時の搬送病院の取り決めがされており、人工呼吸器自体が最大23時間駆動可能な内部・外部バッテリーを搭載していたため、救急車両到着および緊急搬送中の約15時間、バッテリーのみで適正な駆動を行い、健康状態に異常は見られなかった。

C社においては、特に問題はなかったが、3社共通した課題は、在宅人工呼吸療法を受けている療養者のリストは管理しているが安否確認が難しく、携帯電話の災害時掲示板活用やGPS等による位置確認の徹底が今後の課題としてあげられた。代替人工呼吸器、吸引器、外部バッテリー等の貸し出しについては、通常の生活における故障等のメンテナンスに対応する台数しか確保されておらず、緊急・災害時の必要台数等についての試算はされていない。また、緊急・災害時の搬送先医療機関等の取り決めおよび連絡体制の確保、外部バッテリー等の電源、予備衛生材料等の準備等の自主防衛対策の徹底が必要であることが明らかにされた。