

自然災害時における
亜急性期
保健医療
支援活動
マニュアル



自然災害時における亜急性期保健医療支援活動マニュアル



目次

序	4
はじめに	5
亜急性期支援活動の4つの原則と留意点	7
保健医療支援活動の体制	8

第1部 支援体制確立と後方支援 10

1-1. 派遣支援委員会	11
チェックリスト	11
派遣支援委員会	12
1-2. 後方支援	15
チェックリスト	15
後方支援	16
1-3. 支援活動地域の決定	19
チェックリスト	19
支援活動地域の決定	20

第2部 医療救護チーム活動 22

2-1. 出発前	23
チェックリスト	23
全員共通	24
チームリーダー	25
業務調整員	26
医師	27
看護師	28
薬剤師	29
2-2. 現地での活動準備	31
チェックリスト	31
全員共通	32
チームリーダー	32
業務調整員	35
医師・看護師	35
薬剤師	37
2-3. 現地での日常活動	39
チェックリスト	39
全員共通	40
チームリーダー	40
業務調整員	42
医師	43
看護師	45
薬剤師	48

2-4. 帰任・撤退	50
チェックリスト	50
全員共通	51
チームリーダー	51
業務調整員	52
医師	52
看護師	53
薬剤師	53

第3部 被災地保健師支援活動

54

チェックリスト	55
被災地保健師支援	55

添付資料

60

添付資料 1: 連絡先一覧例	61
添付資料 2: 活動状況報告書 (例1)	62
添付資料 3: 活動状況報告書 (例2)	63
添付資料 4: 巡回診療日誌例	64
添付資料 5: 医療救護チーム派遣のためのオリエンテーションシート例	65
添付資料 6: 搬入物品一覧	66
添付資料 7: 業務日程表例	68
添付資料 8: 災害医療支援関連サイト	69
添付資料 9: 医療救護チーム1チームあたりに必要な物品一覧例	70
添付資料 10: 災害時携行用医薬品リスト	71
添付資料 11: 災害時携行用薬剤関連資材リスト (亜急性期・1週間分)	75
添付資料 12: 処方せん (災害用)	76
添付資料 13: 災害医療援助者自身の「こころのケア」	77
添付資料 14: 急性期の災害看護	79
添付資料 15: 外傷看護の実際	80
添付資料 16: 石巻圏合同救護チームの避難所アセスメントシート例	83
添付資料 17: 石巻圏合同救護チームの避難所生活における感染管理上のリスクアセスメントシート例	84

参考文献

86

序

私共日本人は、地震という災害を日常的に経験している世界でも数少ない民族で、阪神・淡路大震災、新潟中越地震は、歴史上の記録として語るには早すぎるほど今でも鮮明に我々の記憶の中に残っている。そこに加えて、東日本大震災は、我々がかつて経験したことのない大地震であった。大地震の都度、DMATの新設、共通トリアージタグの作成等が成され、我々の病院でも毎年災害訓練を行ってきた。新潟中越地震後には、「自然災害発生時における医療支援活動マニュアル」の作成に加わせて頂いた。大災害の度に、その経験から新たに災害時のとるべき対応を考え、それを次の世代へ伝えることは、犠牲になった方々に対する我々の責務である。

東日本大震災の際には、我々も直ちにDMATを派遣したが、情報収集には当医療センターの特長である国際医療協力局の医師、看護師、事務職が加わった。その情報を基に、DMATに引き続き長期にわたる保健医療支援が必要と判断され、支援する地域を定め、長期派遣を約束する声明を発信した。また、常に医療救護チーム2班をずらして派遣し、我々の内部で常に引継ぎが行われ、現地に負担を掛けないようにした。現地では、多くの団体から拠点病院等に多数の医療救護チームが集まり、協力し合いながら医療救護活動を展開したが、中には拠点機関から指示された内容をこなして3～5日で帰ってしまい、引継ぎがないまま次の部隊が来るというケースもあったようである。このような中で、拠点の担当医師、地域の保健師の調整に伴う負担を少しでも軽くするため、長期を展望した支えが大切であることを確信することになった。

国立国際医療研究センターは、その名の「国際」に示す通り、センター内に「国際医療協力局」があり、専門の医師・看護師を多くの国へ派遣し、開発途上国の保健医療の開発援助を25年以上に渡り行っている。今回の東日本大震災では、医療を受ける側のみでなく、医療を提供する側、そしてそれを維持・運営する機能に大きな被害もたらした。国際医療協力局スタッフから見たこの状況は、開発途上国の状況に重なる部分が多くあり、今回は医療活動を行う医師とは別に、彼らを派遣した医療救護チームのチームリーダーとして配置し、周囲の支援ニーズなどを絶えず俯瞰した上で、地域災害コーディネーター、災害拠点病院、地元の保健行政と連携する役割を担った。

今後起きるであろう大震災が、どのような形を取るのか想像もつかないが、長期の保健医療支援は絶えず視野に入れておくべき援助手段の1つである。多くの医療団体、公的機関の出すマニュアルを見ると、中央からの指令、中央への報告伝達に力を入れているが、組織図上、現地の医療救護チームの隣は空白になっている例が多い。実はここに多くの団体からの医療救護チームが密集している現実がある。現地でスタッフ同志が集まり、現場の判断で新たな連携、対応を行うことも必要である。我々のマニュアルが次の災害の時に役立つことを願っている。

平成 25 年 3 月

独立行政法人 国立国際医療研究センター
病院長 木村壮介

はじめに

阪神・淡路大震災から9年が経過した平成16年、新潟中越地震が発生した。阪神・淡路大震災の教訓に基づき整備された急性期災害医療体制により、発災直後より多くの医療救護チームが現地に駆けつけ、その円滑な救命救急活動が評価されるも、「急性期から亜急性期にかけての住民ニーズの変化などを考慮した包括的な被災地支援活動」に関しては課題を残した。そのため、厚生労働省科学研究費助成金特別研究事業として「新潟県中越地震を踏まえた保健医療における対応・体制に関する調査研究」が立ち上げられ、急性期医療班活動、亜急性期医療班活動、生活機能低下予防、災害時小児看護、精神保健医療活動、災害時保健活動の6部からなる包括的な『自然災害発生時における医療支援活動マニュアル』が作成された。国立国際医療研究センター（当時、国立国際医療センター）は、第2部 亜急性期医療班活動マニュアルを分担執筆した。その5年半後の2011年3月11日、巨大地震と津波が東日本を襲い、1万5千人を超える尊い命が奪われ、未曾有の被害を東北地方を中心にもたらした。

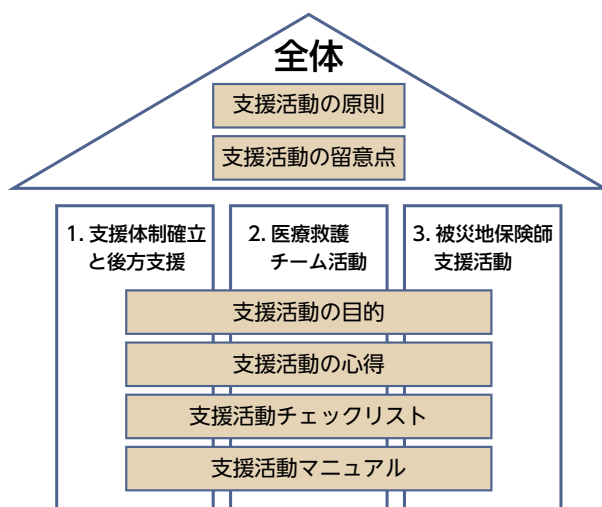
東日本大震災は、その被害規模と巨大津波という点で、前マニュアル作成のベースとなった阪神・淡路大震災や新潟中越地震とは異なる自然災害であった。その特徴の一つは、災害医療派遣チーム（DMAT）が想定していた超急性期の救命医療と外傷対応が少なかった一方で、慢性疾患への対応が多かった点である。もう一つの特記すべき特徴は、原子力発電所の損壊を含む想定を超える大規模災害であり、長期にわたる保健医療支援活動が必要となった点である。長期にわたる避難所生活や初期の避難所からの二次避難など、長らく厳しい生活環境は震災関連死を含む健康被害を発生させ、長期にわたる活動では、救護チーム間の引継ぎが十分でない事例などの課題を残した。

東日本大震災において、当センターは発災6時間後にDMATを2隊にわたって宮城県に派遣し、被害の規模から長期的支援の必要性を判断し、引き続き調査チームを同県に派遣した。その結果、東日本大震災最大の被災地となった石巻医療圏の東松島市にて保健医療支援活動を行うことになり、6月30日までの3ヵ月間に52隊、延べ277名の職員を同市に派遣した。各チームは、一般的な医療救護チームを構成する医師、看護師、薬剤師、事務職に、開発途上国で公衆衛生活動含む国際保健医療協力を行っている国際医療協力局の医師と看護師を加え、避難所巡回診療だけでなく、全国から駆けつけた救護チームの調整、避難所や自宅避難者における要援護者の把握などに対応していた同市の保健師の支援活動を行った。7月以降も、同市と保健衛生活動における復興対策のための協定を結び、2年以上にわたる保健師支援活動を行っている。地元保健師を中心とした保健医療活動支援は、上述した東日本大震災の特徴に対応しており、過酷な状況下で比較的円滑に被災者の健康を守ることができた要因と考え、前マニュアルの改訂の必要性を強く認識するに至った。

このような背景の下、今回の亜急性期医療班活動マニュアルの改訂においては、いかに慢性疾患や要援護者に対する適切な対応を長期にわたり円滑に行うかを改訂の軸とした。具体的には、第1部「支援体制確立と後方支援」と、第3部「被災地保健師支援活動」を新たに加筆した。第2部の救護チーム活動では、チームで働くためのマニュアルになるように、職種ごとの既述であったものを時期列で構成し直し、出発前、現地での準備段階、日々の活動、帰任・撤退のそれぞれのフェーズにおいてチームのメンバーの役割が分かる

ようにした。また、全てを通じて、災害対応の基本として浸透してきた CSCA (Command & Control、Safety、Communication、Assessment) を念頭においた記述に微修正している。

本マニュアルの基本的構成は、実際の活動に使いやすいものとなるように、前マニュアルに引き続きチェックリストとその解説であるマニュアルの2部構成を基本とし、必要機材リストなどの資料を本書の最後に添付した。また、単に活動の技術的ガイドだけでなく、活動の目的とそれを達成する上での留意点を心得として、各部の冒頭に追加した。更に、全ての活動に共通する支援活動の4つの原則とそれらに基づき、東日本大震災の教訓を留意点として追加した。これらの記載に関しては、我々 NCGM の経験だけでなく、国際標準として NGO のグループと赤十字・赤新月社運動のスフィア・プロジェクトによって作成された「人道憲章と人道対応に関する最低基準」と東日本大震災において石巻医療圏の災害医療コーディネーターを担った石井正氏の教訓を参照した。



超急性期（48時間以内）から急性期（1週間以内）の医療班活動に関しては、「災害医療等のあり方に関する検討会（厚生労働省）」の報告などに基づき、DMAT活動の見直しが図られているため本マニュアルでは扱わず、それ以降の亜急性期から慢性期にかけての活動を対象としている。

亜急性期支援活動の4つの原則と留意点

原則1 自らの行動が被災者にさらなる苦痛を与えない

- 現地の受け入れ側に、負担をかけない（自己完結的活動を旨とする）
被災者の為に働いている被災地の行政関係者や医療関係者も被災者である。

原則2 自らの行動が特に最も被災した者や最も脆弱な立場にいる者の利益となること

- 自分がやりたいことや知りたいことではなく、必要とされている活動を行う
結果の具体的な利用方法が現場と詰められていない調査などは行ってはいけない。

原則3 被災者・被災地の保健医療の自立を支援する

- 行っている支援が自立を妨げていないか注意する
- 個人や1チームができることは極めて限られている
- 支援活動の継続性と予測性を高める
支援者がいつまで活動を続けるつもりなのか予測できると、自立していくための気持ちが固まる。

原則4 直面する課題に対して「こうあるべき」はிரない、「どうするか」を考える

- 目指すのは、ベスト（こうあるべき）ではなくベター
- 状況に応じて柔軟に対応する
- 医療者と自己規定せず、医療以外にもできることは積極的に行う

保健医療支援活動の体制

災害時対応の体系は、Command & Control (指揮命令と統制)、Safety (安全確保)、Communication (情報伝達)、Assessment (評価) の頭文字をとり CSCA として表現されるが、保健医療支援活動を行う上では、活動地域内、医療救護チーム内、派遣組織内の 3 つのレベルの指揮命令と統制および情報伝達を確立しておく必要がある。

1. 活動地域内での指揮命令と統制

亜急性期には、すでに都道府県災害対策本部や市町村災害対策本部などが設立されており、また、二次医療圏など市町村より広域の合同医療救護チーム本部が設置されることもある。派遣された医療救護チームはこれらの指揮命令系統下に入り、それらの医療救護活動方針に基づき活動することになる。

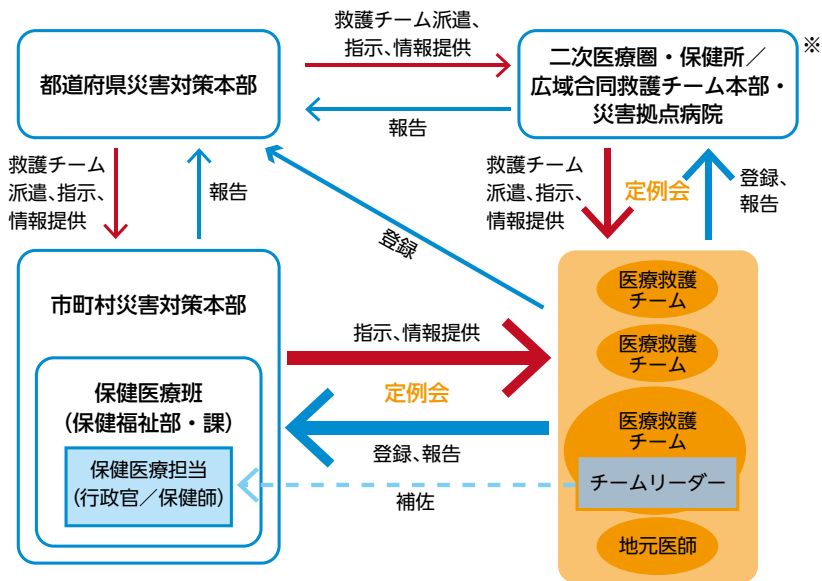


図 1. 被災地における保健医療活動体制の一例
(※東日本大震災では、宮城県の石巻二次医療圏に医療救護チームの管理・調整のための本部が置かれた。)

2. 医療救護チーム編成と統制

通常医療救護チームは、医師、看護師、薬剤師、業務調整員で構成され、医師がチームリーダーを兼務することが多いが、本マニュアルでは医療救護チームの指揮と統制の専任を配置することが重要と考え、チームリーダーを加えた 5 人構成のチームを基本として記載している。(図 2)

専任のチームリーダーを配置する必要性は、東日本大震災における 2 つの経験に基づいている。一つ目は、活動地域内における医療救護チームの統制への貢献である。東日本大震災のような大規模災害の場合、50 以上の医療救護チームが災害対策本部の保健医療班や合同医療救護チーム本部などの指揮下で活動したが、そのような多数のチームを統制するのは容易ではない。実際、宮城県の石巻医療圏に設置された合同救護チーム本部は、石巻医療圏を 14 のエリアに分割し、各エリアで活動する医療救護チームの中から幹事を選出し、

エリア内の活動調整と本部への連絡を担当させている。二つ目は、被災自治体の保健師支援の重要性である。第3部「被災地保健師支援活動」で詳述するが、保健師の役割として医療救護チームなどの外部支援者の調整があり、それ以外にも様々な活動を担っている。石巻医療圏で活動した国立国際医療研究センターの救護医療チームは、チームリーダーがエリア幹事を担当すると共に、東松島市の保健師活動を支援した。保健師の支援は、被災地外の自治体からも保健師が派遣され支援に当たるが、その地で活動している医療救護チームの中に保健師を支援または補佐する者がいるメリットは少なくない。

チームリーダーの役割は、第2部「医療救護活動」のところで、他の職種と共に時系列に沿って詳述するが、ここで簡単に概観しておく。

チームリーダー

チームリーダーは、2つの指揮下で活動することになる。すなわち、1) 所属機関の指揮下と2) 活動地域の市町村災害対策本部の保健医療班や合同医療救護チーム本部の指揮下である。前者はいわゆるリーダー業務である。同じ施設から派遣されたチームでも、総合病院などの大規模の施設のチームの場合、チーム員同士が派遣時に初めて顔を合わせることも稀ではない。そのようなチームが知らない土地で災害というストレス下で円滑に活動するために、チームリーダーは業務調整員と共にメンバーの安全確保を図りつつ、チームビルディングを図り、チーム員に不要なストレスがかからないよう配慮する必要がある。業務手順を決めておくこと（ルーチン化）は、チーム員のストレス軽減にも資する。

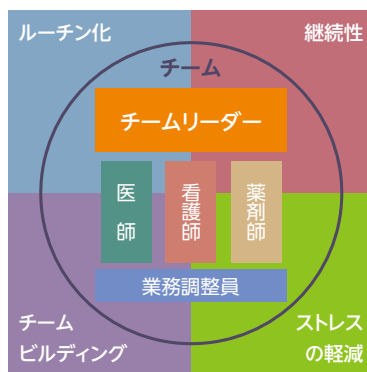


図 2. 医療救護チーム内の調整

活動地域の災害時保健医療活動体制の指揮下では、他の支援チームと共に医療救護活動が所管地域全体で漏れなく展開されるよう、所属組織の窓口として市町村または二次医療圏単位での医療救護活動方針を把握し、チームに周知させる役割がある。通常、都道府県や二次医療圏レベルでの指揮は、災害医療支援活動経験者が災害医療に関する研修修了者などが災害コーディネーターとして全体の指揮に当たるが、被災市町村の災害対策本部では行政官や保健専門技術職員である保健師が保健医療担当者として任命される場合が多い。この人が災害医療支援に関しての専門性を有していれば指揮官として最適であるが、そうでない場合には、医療救護チームのチームリーダーが行政官の補佐を求められることに予め留意すべきである。（図1、第3部「被災地保健師支援活動」参照）

3. 所属機関内の指揮系統と統制

所属機関内の指揮系統と統制については、第1部「支援体制確立と後方支援」で述べる。