

能と判断しても、病院前にはすでに被災者が集まっている。

これに対して治療可能な施設へ移動していただくように掲示・アナウンスし、移動不能な黒・赤・黄傷病者のトリアージ、移動のための緊急処置・タグ付けなどが施行できるようにしなければならない。

9 事務系職員

医療者が頑張ればよいと考えていることが多い

が、事務系職員には、院内搬送・トリアージの介助・ライフラインや資機材薬品等の調達管理・情報担当等、多岐にわたる全体を左右する業務がある。平時の訓練が必須である。

10 資機材

必要な資機材は医療に関わるものだけでなく、記録のための筆記用具、トリアージレイアウトに必要な三角コーンやバー等もあり、備蓄の場所や仕方も検討したい。

災害発生時の対応のポイント——病棟機能訓練から

山田 明生 ● やまだ あきお

川崎市立多摩病院救急災害医療センター副センター長／聖マリアンナ医科大学救急医学講師

火山列島の上にある日本では、災害は突然ではなく、いつ起きてもおかしくはない。例えば、地震情報をインターネットで閲覧すれば、日本のどこかで毎日起きている。東海・東南海・南海地震、首都直下地震に対する応急対策活動を整備するとともに、広域搬送、DMATを含め医療連携に関する検討が始まっているのである。

災害拠点病院の病棟の役割を考えると、免震構造を持つ拠点病院(全国の災害拠点病院および救命救急センターの2005年度の耐震化率は43%)でできることは、被災者の受け入れに尽きる。直下型であれば、当初受け入れ可能であっても、余震により受け入れ困難となれば、自院から入院患者を避難させ、転院搬送させることになる。現地に外向くことも市立病院、中核病院では責務と考える。

災害拠点基幹病院は通常、都道府県に1カ所だ

が、神奈川県では基幹病院ではなく、33カ所の拠点病院(2008年2月7日現在)がある。年に1回(2007年まで計8回)、拠点病院の空きスペースなどを用いて、実技、机上と訓練を行った。

ここでは神奈川県災害拠点病院合同災害訓練の中の病棟機能訓練から、その内容に付け加えて示す。

病棟機能から見た対応のポイント

1. ヒト(患者・スタッフの安全確保と避難)

1) 患者の安全確認と在、不在の確認(外泊者)

患者確認では、自分の病棟から検査などで不在であることを把握しておく必要がある。ドアを開けて閉まらないようにし、廊下で待機させるなどの方法がある。特にトイレなど、院内のどこにいるか不明なこともあるので注意が必要。

- 2) 患者付き添い確認(トイレ、検査室など)
- 3) 自己の安全確認(自身の負傷の有無)
- 4) スタッフの確認(行動可能人員の確保と確認)、連絡網の確認
- 5) 重傷者・負傷者の処置(受傷の有無を確認) 転送判断。患者、家族への連絡。
- 6) 役割・業務分担(行動リーダーと役割分担、火元責任者)、トランシーバ等の備え 戦略的にも、時間をつくり、分担を決めることが大切である。
- 7) 避難準備・避難→避難方法の選択 訓練では、エアーストレッチャーの使用法がわからない人が多い。→避難可否の有無、避難優先順位決定。
- 8) 点滴などの継続治療の対応
- 9) トリアージタグの記載、装着

2. モノ(病棟の現況把握)

- 1) 消火(火元確認・出火の有無確認)
- 2) 二次災害発生予防(避難の際は医療ガス元栓を最後に閉める)
- 3) ライフライン状況 被害状況報告書に集まった情報を分類し、本部に的確な情報を提供できるようにする。防災無線、ヘリポートの確認。特に洗面所は汚れると使用できなくなるので、簡易式のものなどを常に用意するとよい。食事もエレベーターが使用できない場合、どのように運ぶか、食事を出す順番(乾パンかアルファ米か)も決めておくとよいだろう。職員の休憩場所の確保。
- 4) 救急備品(薬剤、資器材) 使用可能な冷蔵庫、保冷剤の確保。麻薬や劇薬の金庫やそのための管理、出納帳。
- 5) 損壊状況確認(病棟内の損壊場所の確認、避難路の確認、避難先の確認、障害物の撤去、

非常口の開放状況確認)

ドアが開かなければ、避難ができない。ボールなどを用意しておくといよい。磁石で付くようになっている札(100円ショップで入手可)に“避難済み”と記載しておき、部屋のドアに貼付すれば、危険な場所に入ることも防げる。

6) 搬送用資器材

3. 情報(発生する多くの情報の確認)

- 1) アナウンス(発災時、避難時)
- 2) 避難誘導指揮者の設定
- 3) 患者優先度の決定
- 4) 安全な移送(搬送方法、搬送順位)
- 5) 牛追いテクニックの実施 コレクティングエリアの設定(例えば、廊下前とかナースステーション前など)、避難誘導先頭者、最後者の決定。避難時は“集団登校”のようにすれば、人員削減可能である。
- 6) 情報交換
- 7) 医療資器材の確保 不足薬品のリストアップなど。

8) 避難場所での患者管理・診療継続

酸素ボンベなど集約し、重症部屋をつくり、効率を図る。テント内であれば、処置することを考え、患者の頭の位置を通路側にする(実際に訓練をすると、頭の位置がバラバラになっていることが多い)。

9) 本部・他部署への応援

病棟により重症度などが違うので、担送、護送、独歩の割合が違うことを考慮しなければならない。

4. 指揮命令系統の確立

- 1) リーダーの指示
- 2) リーダー不在時の役割発揮
- 3) 本部の設置 ナースステーションから医師、看護師などが不

在にならないようにする(訓練ではスタッフ全員不在の場合がある)。連絡手段がない場合、病棟ごとに本部へ連絡するのではなく、階下に伝達するなどすれば、人手不足も多少は改善される。

5. 情報確認・被害状況報告書

- 1) 状況報告
- 2) 本部・他部署への応援
- 3) 避難路の確認
- 4) 搬送先での収容確認、搬送患者数の確認、重症度別区分、治療再開

管理者は、災害マニュアルに沿って行動しても、やらなければ気づかないこと、細かな点など、その場で判断し対応しなければいけないことが多数ある。スタッフや患者の避難最終確認、転送や病棟移動、退院などのサポートも必要である。

実際は、発災したら何をしているかわからずに

過ぎ去るかもしれない。とかく、管理者が動いてしまう場合が多いので、まずは情報の整理をし、的確な指示をすることである。

また、DMAT隊、地元医師会、薬剤師会、行政、保健所と連携・情報共有を図り、机上訓練などで討論・議論を積み重ねることである。さらに、医療ボランティアのコーディネーターについても考慮が必要である。

災害時での現場活動は、多くの人々の中で多くのストレスがあり、“心”や“体”の健康の不調を訴えるものである。早期にカウンセリングを受けさせることが、問題解決につながる。

いろいろ述べてきたが、院長を始めとする役職者が負傷の場合も想定し、指揮命令系統、職員参集数、伝達手段、派遣決定、診療の可否、情報収集、マスコミ対応などの準備を怠らないようにすることが大切である。

災害対策本部の対応

森 みさ子 ● もりみさこ

聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院看護師長

あらゆる災害、特殊な事態において、通常の医療能力では傷病者に対応できないことが予測される時は、病院としての意思決定機関となる災害対策本部を立ち上げ、速やかに災害時医療体制に移行する必要がある。また、災害拠点病院においては院内外に向けて、災害対策本部設置の宣言を行い、関係機関との情報交換を行い、院内の指揮命令系統を整え、各部門におけるパフォーマンスを

最大にすることも重要な役割である。

災害時医療対策ガイドラインの作成

本部機能で最も大切なことは、指揮命令系統の確立であり、大事故災害医療マネジメントの基本原則である7つの優先事項(表1、p.72)でも最優先項目となっている。