

愛知県医師会
災害医療救護活動
マニュアル

愛知県医師会

愛知県医師会災害医療救護活動

マニュアルの改訂にあたり

去る、平成23年3月に発生した東日本大震災におきましては、本会では、いち早く災害対策本部を設置し、愛知県内の被害状況を調査するとともに被災地における被害状況の把握にも努めました。その後、福島県、宮城県へJMATの派遣、さらには福島県へ医薬品等の提供を行うとともに、被災地にて医療救護活動を行っている会員の先生方をサポートするため災害対策本部より情報の提供等も必要に応じて行いました。

今回の本マニュアル改訂にあたりましては、救急委員会小委員会を設け、専門の先生方にご検討を頂き、これらの活動を検証し、より実態に即したマニュアルを作製いたしました。

また、第4版まではファイリング形式にて改訂の都度差し替えをお願いしておりましたが、第5版では利便性を優先し、必要な情報を簡潔に掲載したマニュアルに一新し、災害時に速やかに活動ができるよう全A会員の先生方に配布することといたしました。

本地域が災害に見舞われた際には、会員の先生方のお力添えが必要不可欠でございますので、本マニュアルをご参考頂き、有事の際には何卒ご協力を賜りますようお願い申し上げます。

平成25年3月

愛知県医師会

会長 柵木 充 明

目 次

第1章 基本的事項

1. 目的・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
2. 関係機関との連携、情報共有・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
3. 通常時（平時）の準備・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
4. 災害・大事故発生時の対応・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
5. 愛知県広域災害・救急医療情報システムの活用・・・・・・・・・・・・ 2

第2章 災害発生時の対応・医療救護班（JMAT）の派遣・活動

1. 共通事項・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 4
2. 東海地震注意情報、警戒宣言発令時、台風等風水害に伴う警報発生時、
その他災害の発生が予想される時・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 4
 - （1）災害対策本部の設置
 - （2）県下各医師会、医療機関の対応
 - （3）医療救護班（JMAT）の派遣要請
 - （4）医療救護班（JMAT）の対応・活動
3. 県内を含む広域（大規模）災害・局地災害発生時・・・・・・・・・・・・ 6
 - （1）災害対策本部の設置
 - （2）県下各医師会、医療機関の対応
 - （3）医療救護班（JMAT）の派遣要請
 - （4）医療救護班（JMAT）の対応・活動
 - （5）被災のため連絡手段がない場合
4. 空港・その周辺での航空機事故・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 9
 - （1）中部国際空港
 - （2）愛知県名古屋飛行場
5. 県外の広域（大規模）・局地災害（愛知県が被災していない場合）・・・・ 11
 - （1）災害対策本部の設置
 - （2）医療救護班（JMAT）の派遣要請
 - （3）医療救護班（JMAT）の対応・活動

第3章 医療救護班（JMAT）の活動指針

1. 医療救護班が活動する場所・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 12
2. トリアージ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 13
 - （1）トリアージとは

(2) トリアージの方法	
(3) トリアージタグの使い方	
3. 現場救護所診療・処置（外傷初療）	18
現場救護所における診療・処置手順（外傷初療）	
4. 避難所・救護所活動	22
(1) 医療救護班の編成	
(2) 注意事項	
5. 病院支援	23
6. 検視・検案	24
(1) 概要	
(2) 派遣要請	
(3) 検視・検案とは	
(4) 注意事項	
7. 長期化への対応	26
(1) 避難所での医療救護活動が長期化した場合の問題点	
(2) 健康管理	
①避難民の疾病を予防するための基本的要素	
②臨時診療施設の開設	
③災害弱者	
(3) メンタルヘルス	
(4) 感染症対策	
(5) 慢性疾患対策・医療業務の再開	
(6) 透析患者対策	
8. 記録と報告	28
(1) 記録	
(2) 報告	
9. 費用弁償	28
10. 追補：原子力災害対応に必要な基礎知識	29
(1) 被ばくと汚染	
(2) 被ばくの形態と特徴	
(3) 緊急被ばく医療	
(4) 緊急被ばく医療体制	
(5) 原発のない自治体で医療を行う私達に求められる原子力災害対応の基礎知識とは？	

第4章 被災地へ持って行く物資リスト

1. 生活用品・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3 1
2. 事務用品・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3 1
3. 炊事用具・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3 1
4. 食料品・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3 1
5. その他・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3 1
6. 医薬品・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3 2

第5章 状況付与・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3 4

第6章 参考資料

1. 災害医療の用語集・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 4 0
2. 中部国際空港グリッドマップ・・・・・・・・・・・・ 4 6
3. 名古屋飛行場グリッドマップ・・・・・・・・・・・・ 4 7
4. 附属資料のご案内・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 4 8

第1章 基本的事項

1. 目的

このマニュアルは、愛知県地域防災計画に基づき、愛知県医師会へ要請される災害発生時の医療救護体制の諸指針を定め、災害医療救護の万全を期することを目的とする。

2. 関係機関との連携、情報共有

災害時においては、「JMAT要綱」、愛知県が作成した「救助・救急医療活動連携マニュアル」を参考に関係機関との連携、情報共有を図るものとする。

3. 通常時（平時）の準備

- (1) 地区医師会、医師会無線設置医療機関に愛知県広域災害・救急医療情報センターから、訓練等で医師会無線、災害時優先携帯電話のメールにより注意喚起並びに情報収集の必要性を周知徹底する。
- (2) 県・市町村などの関係行政機関との連携を図るため、通常時より医師会無線、行政無線、災害時優先携帯電話、一般電話等により連絡を密にする。
- (3) 地区医師会を通して、各医療機関（会員、職員、患者）に注意を喚起し、災害に対する意識を持つよう広報・啓発し、各種の情報を収集、周知するとともに、避難の手段・経路の確認を指示する。
- (4) 地区医師会は、派遣が出来る装備や移動手段の準備、食料、飲料水、医薬品、衛生材料の備蓄を行っておく。
- (5) 愛知県医師会館が被災し、災害対策本部として対応不可能な場合、名古屋及び尾張地区は一宮市医師会館に、三河地区は岡崎市医師会館に災害対策本部を移すことになるので、それぞれの地区の体制を整備するよう指示する。
- (6) 夜間、休日においても対応可能な体制を整備しておく。
- (7) 国、県、災害拠点病院及び自衛隊衛生隊等と協力して医療救護にあたる機関とは、事前に確認の打合せをしておく。
- (8) 日本医師会及び中部医師会連合傘下の各県医師会に協力方要請の可能性を通知しておく。

4. 災害・大事故発生時の対応

- (1) 愛知県知事、空港長の要請及び災害の規模に応じて愛知県医師会長が必要と判断した場合は、愛知県医師会館7階の愛知県広域災害・救急医療情報センターに「愛知県医師会災害対策本部」を設置する。また、愛知県医師会館被災時には、一宮市医師会（名古屋、尾張地区担当）と岡崎市医師会（三河地区担当）が対策本部の代行

を行う。

- (2) 地区医師会、医師会無線設置医療機関、その他関係機関からは、無線、災害時優先電話・携帯電話、インターネットなど、種々の方策で被災状況の情報収集をする。
- (3) 県、市町村、日赤、DMAT、歯科医師会、看護協会、薬剤師会、自衛隊等の関係機関と今後の対応について協議し、救助、派遣が速やかに行われるよう連絡調整を行う。
- (4) 医療救護班の派遣、医療資器材の供給、患者の受入れ、転送、搬送などの各地区からの要請に対し、速やかに対応できるよう周辺医師会、行政機関と連携を密にする。
- (5) 発災直後の出動は、患者、職員、家族の安全を確認し、定められた場所から積極的に救護活動に参加する。
- (6) 出動に際しては、地区医師会災害対策本部長（医師会長）の指示に従う。

5. 愛知県広域災害・救急医療情報システムの活用

情報の共有化を図る為に、愛知県広域災害・救急医療情報システムの一斉通報機能を用い、関係各機関にFAX及びメール、災害時優先電話で医療機関の稼働状況を確認し、医療情報の入力を促す。

被災医療機関、非被災医療機関とも愛知県広域災害・救急医療情報システムの災害関係者用サイトを用いて、情報を入力する。情報が入力されない医療機関については、愛知県救急医療情報センターから当該医療機関に照会を行い、代行入力する。

システムに入力された情報を関係機関が照会することにより、医療機関の被災状況・ライフラインの使用可否状況・医療機関の機能（手術の可否・人工透析の可否）・受入れている重症、中等症患者数・患者転送情報（転送が必要な重症患者数）・医薬品備蓄状況・受入れ可能患者数・必要としている医療班、医療スタッフの人数・被災地域へ派遣可能な医療班、医療スタッフの人数・ヘリポートの利用可否状況等についての情報を共有し、災害時における医療資源の適切な活用を図る。

【愛知県広域災害・救急医療情報システムログイン画面】

【関係者ログインボタン】

【医療機関用】

【災害情報入力】

第2章 災害発生時の対応・医療救護班（JMAT）の派遣・活動

1. 共通事項

愛知県医師会館が被災した際は、その状況に応じて一宮市医師会、岡崎市医師会に災害対策本部を設置する。その際は、災害対策本部機能の委譲について速やかに連絡するとともに、どちらの医師会が災害対策本部機能の統括を行うか決定する。（概ね被害の少ない医師会が統括することとする）また、統括災害対策本部が設置された医師会は、下記に沿って行動するものとする。

2. 東海地震注意情報、警戒宣言発令時、台風等風水害に伴う警報発生時、その他災害の発生が予想される時

（1）災害対策本部の設置

- ①愛知県医師会は予想される災害の規模により必要に応じて災害対策本部を設置する。
- ②愛知県医師会は災害対策本部を設置した旨を、各地区医師会へ通知する。また、無線及び災害時優先携帯電話メーリングリストを立ち上げ、災害発生時に情報提供出来る体制整備を依頼する。各地区医師会も、災害対策本部を立ち上げた場合は、速やかに、愛知県医師会災害対策本部へ報告する。
- ③愛知県医師会災害対策本部は、日本医師会、中部医師会連合傘下の各県医師会、愛知県、愛知県歯科医師会、愛知県薬剤師会、愛知県看護協会等関係機関へ災害対策本部を設置した旨を連絡し、災害発生時に速やかに連携がとれるよう体制を整える。
- ④愛知県災害医療調整本部への派遣
愛知県庁に災害医療調整本部が設置された場合、愛知県医師会から要員を派遣して災害対策の調整に当たる。

（2）県下各医師会、医療機関の対応

- ①地区医師会、医療機関ごとに会員、職員、患者等へ帰宅、避難等の注意喚起をし、外来診療等の中止を考慮し、情報収集の手段、経路を確認する。
- ②各地区行政との連携を確認する。また、地区保健所等に地域災害医療対策会議が設置される場合は要員を派遣する。
- ③医師会無線を設置している医師会、医療機関は、電源をONにし（常時電源を入れておくのが好ましい）、それ以外の機関は連絡手段の確保に努め、連絡がとれる体制を準備しておく。
- ④災害時優先携帯電話を所持している地区医師会は、充電状況を確認し、連絡がとれるよう所持しておく。
- ⑤一宮市医師会と岡崎市医師会は、愛知県医師会館が被災しても対応できるよう準備しておく。

(3) 医療救護班（JMAT）の派遣要請

- ①地区医師会は災害が発生した際に速やかに医療救護班（JMAT）を派遣出来るよう体制を整える。

(4) 医療救護班（JMAT）の対応・活動

- ①医療救護班（JMAT）は、派遣依頼がなされた際、速やかに出動できるよう移動手段、必要資機材の確保を行う。

3. 県内を含む広域（大規模）災害・局地災害発生時

（1）災害対策本部の設置

- ①愛知県医師会は災害の規模により必要に応じて災害対策本部を設置する。
- ②愛知県医師会は災害対策本部を設置した旨を、各地区医師会へ通知する。また、無線及び災害時優先携帯電話メーリングリストを立ち上げ、被災状況の情報提供を依頼する。各地区医師会も、災害対策本部を立ち上げた場合は、速やかに、愛知県医師会災害対策本部へ報告する。
- ③愛知県医師会災害対策本部は、日本医師会、中部医師会連合傘下の各県医師会、愛知県、愛知県歯科医師会、愛知県薬剤師会、愛知県看護協会等関係機関へ災害対策本部を設置した旨を連絡し、人員派遣の際の調整、情報の共有を行う。
- ④愛知県医師会災害対策本部は、提供を受けた情報を災害時優先携帯電話のメーリングリストを利用して、災害時優先携帯電話を所持している地区医師会へ情報提供する。
- ⑤愛知県災害医療調整本部への派遣
愛知県庁に災害医療調整本部が設置された場合、愛知県医師会から要員を派遣して災害対策の調整に当たる。
- ⑥現地（災害現場）災害対策本部への派遣
愛知県医師会は要員を派遣し、参集した地区医師会会員の災害活動と指揮、救急医療情報センターの通信機能提供を行う。（図1参照）

（2）県下各医師会、医療機関の対応

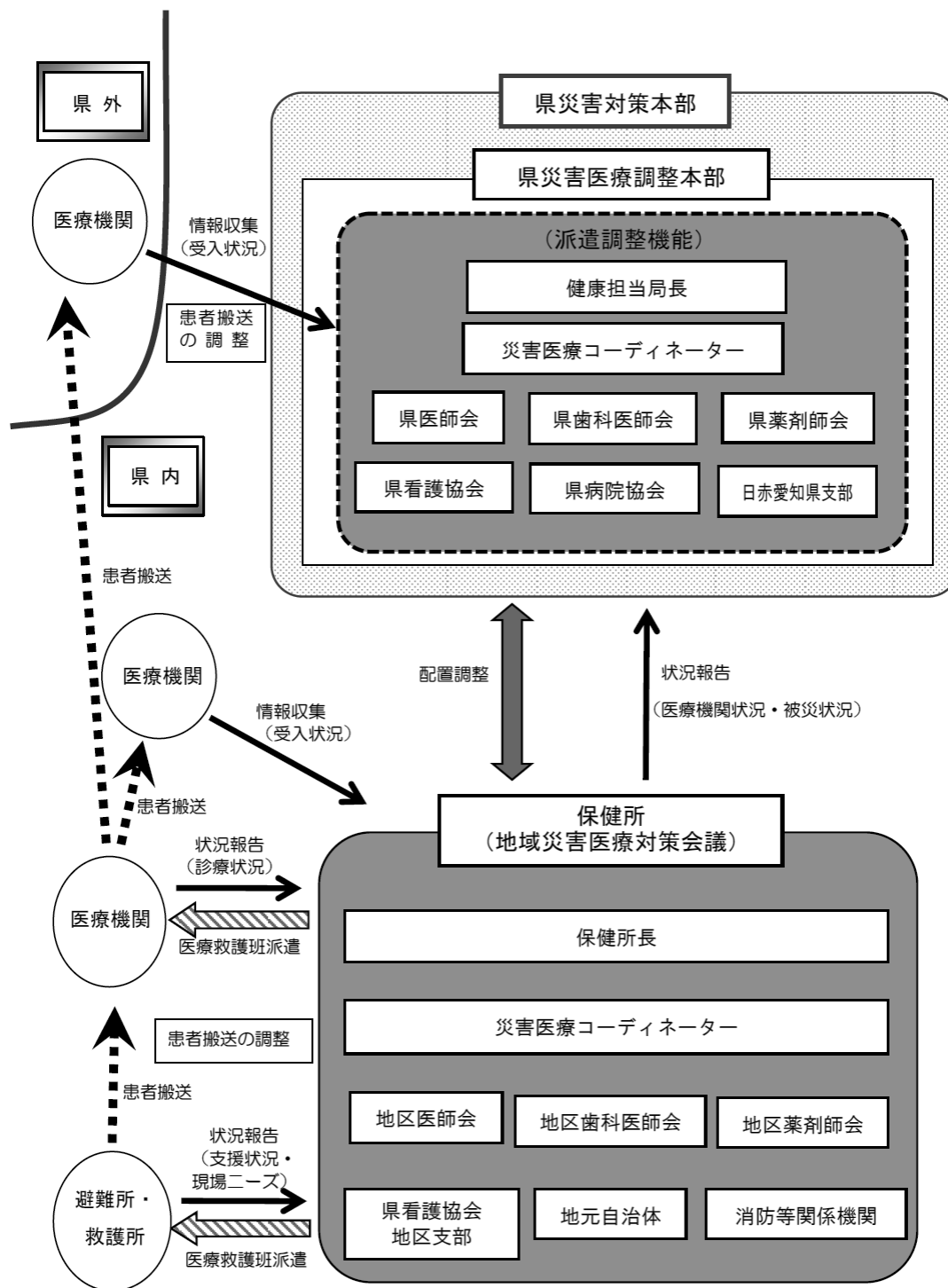
- ①地区内、医療機関内の会員、職員、患者の安否を確認し、建物等の被災状況を把握することに努める。
- ②地区医師会は、管内の被災状況の情報収集を行い、その情報を愛知県医師会災害対策本部へ報告をする。愛知県医師会と連絡が取れない場合（無線が使用不能、愛知県医師会館が被災）は、周辺医師会、医療機関を介して、情報を伝達する。県医師会と連絡が取れなかったり、被災した可能性のあるときは、一宮市医師会、岡崎市医師会に連絡する。
- ③災害時優先携帯電話所持機関は、通話やメール機能を利用し、関係機関と情報の共有を図る。
- ④地区医師会は、保健所等に設置される地域災害医療対策会議に要員を派遣し、地区行政、管轄地域の関係団体等と適宜情報交換等を行う。（図1参照）

【図 1】

愛知県HPより

<http://www.pref.aichi.jp/cmsfiles/contents/0000055/55710/saigaiiryu2012.pdf>

【災害医療コーディネート体制のイメージ】



(3) 医療救護班（JMAT）の派遣要請

- ①愛知県医師会災害対策本部は、地区医師会へ管轄市町村以外に派遣可能な医療救護班（JMAT）の数を調査し、愛知県当局若しくは管轄外からの医療救護班（JMAT）派遣が必要な地区医師会の要請に基づき、派遣要請を行う。また、他県からの医師会医療救護班（JMAT）の受入れに関しても、愛知県医師会災害対策本部が窓口となり、愛知県当局、地区医師会と調整の上、派遣先を決定する。
- ②各地区医師会は、管轄市町村の災害対策本部と連携をとり、その要請に伴い、管轄市町村の医療救護活動に当たるための医療救護班（JMAT）を優先的に派遣し、その状況を愛知県医師会災害対策本部へ報告する。
- ③管轄外市町村へ医療救護班（JMAT）の派遣が可能となった場合は、愛知県医師会災害対策本部へ連絡をする。

(4) 医療救護班（JMAT）の対応・活動

- ①愛知県医師会災害対策本部の要請により派遣される医療救護班（JMAT）は、自己完結で派遣先にて活動できるよう準備を行う。
- ②愛知県医師会災害対策本部の要請により派遣される医療救護班（JMAT）は、被災地での活動について愛知県医師会災害時優先携帯電話等で愛知県医師会災害対策本部へ報告する。
- ③被災地より撤収する際は、後続の医療救護班（JMAT）への引き継ぎを行う。

(5) 被災のため連絡手段がない場合

医療機関の状況、親族・職員等の安否を確認し、所属地区医師会等で決められている参集場所へ安全に向かうことが出来ると判断した場合は、その集合場所に集合し、可能な範囲で医療救護活動を行う。この場合、まずは地元の指揮命令系統の確立・把握に努める。

4. 空港・その周辺での航空機事故

愛知県医師会は中部国際空港・愛知県名古屋飛行場及びその周辺で航空機事故が発生した場合は、それぞれの緊急計画に沿って活動をする。

(1) 中部国際空港

- ①中部国際空港及びその周辺にて航空機事故が発生し、愛知県医師会へ医療救護班の派遣・待機要請があった場合は、愛知県医師会は速やかに災害対策本部を設置し、事故応急対策本部、合同調整所へ人員を派遣し、緊急計画に定められている、半田市、東海市、知多郡医師会へ医療救護班の派遣・待機要請を行う。
- ②愛知県救急医療情報センター職員を速やかに現地へ派遣し、現場の状況把握、後方搬送医療機関の情報収集を行う。
- ③愛知県医師会災害対策本部は、上記3医師会へ派遣・待機要請をした後、医療救護班がさらに必要と判断した場合、その他の近隣医師会へ医療救護班の派遣・待機要請を行う。
- ④派遣要請を受けた医療救護班は愛知県医師会が発行している、「愛知県医師会医療救護班員証」及び「災害現場通行許可証」を携帯し指示のあった集合場所に集合する。
- ⑤集合場所へ到着した医療救護班は、係員の指示に従い、身の安全を確保しながら救護地区へ入る。
- ⑥救護地区に入った医療救護班は、先着している医療救護活動責任者（医師）へ到着の報告をし、その指示に従い医療救護活動を行う。
- ⑦救護地区より撤収する際は、医療救護活動責任者（医師）へ報告し、係員の指示に従って撤収を行う。

(2) 愛知県名古屋飛行場

- ①愛知県名古屋飛行場及びその周辺にて航空機事故が発生し、愛知県医師会へ医療救護班の派遣・待機要請があった場合は、愛知県医師会は速やかに災害対策本部を設置し、合同対策本部、現場指揮本部へ人員を派遣し、緊急計画に定められている、西名古屋、小牧市、春日井市、岩倉市医師会、名古屋市医師会北区支部、守山区支部へ医療救護班の派遣・待機要請を行う。
- ②愛知県救急医療情報センター職員を速やかに現地へ派遣し、現場の状況把握、後方搬送医療機関の情報収集を行う。
- ③愛知県医師会災害対策本部は、上記6医師会へ派遣・待機要請をした後、医療救護班がさらに必要と判断した場合、その他の近隣医師会へ医療救護班の派遣・待機要請を行う。
- ④派遣要請を受けた医療救護班は愛知県医師会が発行している、「愛知県医師会医療救護班員証」及び「災害現場通行許可証」を携帯し、緊急進入ゲート付近（第2西門）に

集合する。(ただし、集合場所は事故の状況により変わることがある)

- ⑤集合場所へ到着した医療救護班は、係員の指示に従い、身の安全を確保しながら救護地区へ入る。
- ⑥救護地区に入った医療救護班は、先着している医療救護活動責任者（医師）へ到着の報告をし、その指示に従い医療救護活動を行う。
- ⑦救護地区より撤収する際は、医療救護活動責任者（医師）へ報告し、係員の指示に従って撤収を行う。

5. 県外の広域（大規模）・局地災害（愛知県が被災していない場合）

（1）災害対策本部の設置

- ①愛知県医師会は災害の状況により必要に応じて災害対策本部を設置する。
- ②愛知県医師会は災害対策本部を設置した旨を、各地区医師会へ通知する。各地区医師会も、災害対策本部を立ち上げた場合は、速やかに、愛知県医師会災害対策本部へ報告する。
- ③愛知県医師会災害対策本部は、日本医師会、中部医師会連合傘下の各県医師会、愛知県、愛知県歯科医師会、愛知県薬剤師会、愛知県看護協会等関係機関へ災害対策本部を設置した旨を連絡し、人員派遣の際の調整、情報の共有を行う。

（2）医療救護班（JMAT）の派遣要請

- ①愛知県医師会災害対策本部は、被災地へ派遣可能な医療救護班（JMAT）の数を把握し、日本医師会、愛知県当局、被災地からの要請に基づき、地区医師会へ派遣要請を行う。

（3）医療救護班（JMAT）の対応・活動

- ①愛知県医師会災害対策本部の要請により派遣される医療救護班（JMAT）は、自己完結で派遣先にて活動できるよう準備を行う。
- ②愛知県医師会災害対策本部の要請により派遣される医療救護班（JMAT）は、被災地での活動について愛知県医師会災害時優先携帯電話等で愛知県医師会災害対策本部へ報告する。
- ③被災地より撤収する際は、後続の医療救護班（JMAT）への引き継ぎを行う。

第3章 医療救護班（JMAT）の活動指針

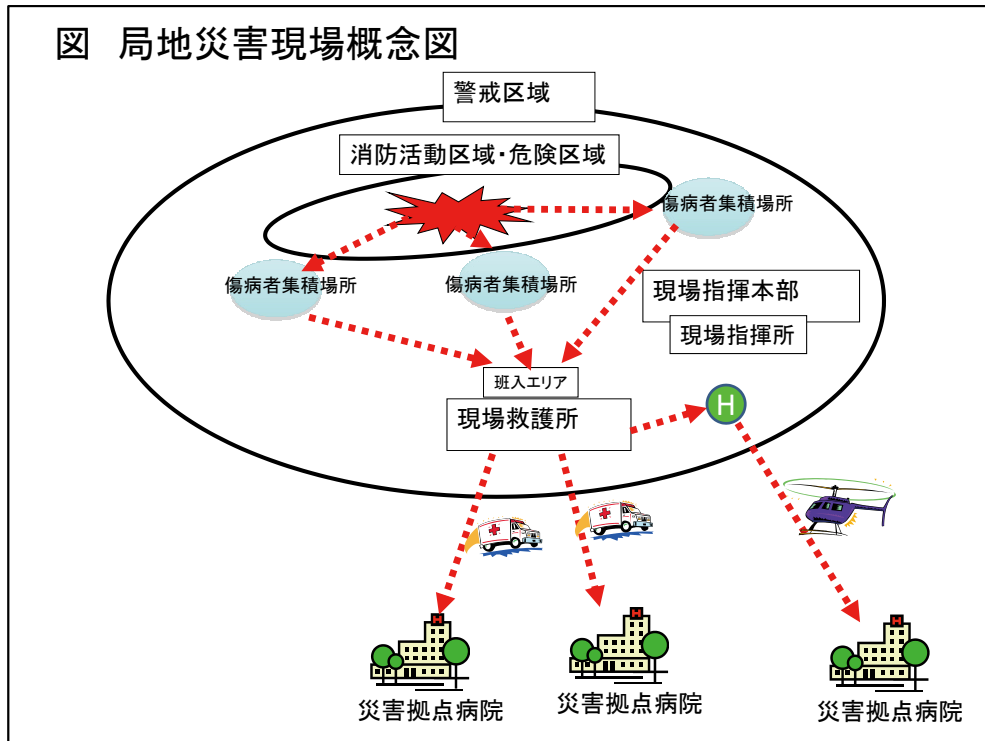
1. 医療救護班が活動する場所

バス多重事故、列車事故、飛行機事故のような局地災害を例に確認する。

図（日本DMAT隊員養成テキストより一部改変）は局地災害時の救助活動の概要である。消防活動区域（危険区域）は事故現場を指し、消防の救助活動が行われる。ここで救助された傷病者はまず、比較的近い傷病者集積場所へ集められ、多くは一次トリアージを受けたのち、現場救護所へ搬送される。現場救護所では応急処置が行われ、搬送手段が確保された時点で、近隣の災害拠点病院へ搬送される。以上の活動を現場で束ねるのが現場指揮本部（現場指揮所）であり、災害現場における災害対策本部の機能を果たす。

第2章 4で述べられている航空機事故時の対応で、「集合場所」と呼ばれている場所は、警戒区域外、もしくは上記の現場指揮本部に近く設けられることが多い。「救護地区」は、現場救護所にあたる。警戒区域に入る際には、「愛知県医師会医療救護班員証」および「災害現場通行許可証」を必ず携帯する。

広域災害では、上記のような災害現場が被災地内に多発するため、愛知県が被災地になった場合は、県災害医療調整本部や地域災害医療対策会議が担う災害対策本部の機能が必須となる。



2. トリアージ

(1) トリアージとは

トリアージとは、災害発生時等に多数の傷病者が短時間で同時に発生した場合、その傷病者を救護するために必要な医療に対する人・物は限られているため、医療機能を最大限に活用して、最善の医療処置を可能な限り多数の傷病者の治療にあてるために、治療優先順位を決定することをいう。

トリアージの際に用いるタグ（識別票）をトリアージタグ（別図1参照）といい、被災地内の医療機関においては、簡易カルテとして利用することもできる。また、受入れ患者の総数や傷病者の程度別患者数をよりの確に把握することができ、傷病者の後方医療機関への円滑な搬送に活用することができる。

(2) トリアージの方法

- ・トリアージは、多数の傷病者を緊急度や重症度に応じて4つのカテゴリー（トリアージタグでは赤：Ⅰ、黄：Ⅱ、緑：Ⅲ、黒：Ⅳ）に分類する。（別図2参照）
- ・トリアージタグは、傷病者の身元確認及び傷病者のカルテの代わりとなる重要な情報であることから、記載漏れがないことは勿論のこと、読み易さにも十分留意する。

〈一次トリアージ〉

- ・一次トリアージは、病者を速やかに分類することを目的とし、二次トリアージを行うことを前提とする。
- ・一次トリアージは、全ての傷病者に対して遅滞なく実施する。
- ・一次トリアージが終了した傷病者は、緊急度及び重症度に応じて現場救護所又は軽症者エリアへ搬送又は誘導する。
- ・一次トリアージは、災害傷病者が多数と予想される場所、具体的には災害現場から応急救護所までの間で、かつ災害現場の近傍で実施する。
- ・一次トリアージは、原則として救急隊員が実施する。
- ・一次トリアージはS T A R T方式等を用い、主に傷病者の生理学的所見を評価しカテゴリー分類する。（別図3参照）
- ・一次トリアージの結果、傷病者については、原則としてトリアージタグを付ける。

〈二次トリアージ〉

- ・二次トリアージは、災害傷病者がそれほど多数にならないと予想される場所、具体的には現場救護所において行う（現場救護所においても、圧倒的に医療需要が医療供給を超える場合は一次トリアージを実施する）。二次トリアージは、医師並びに災害医療に精通した看護師及び救急救命士がこれを実施する。
- ・二次トリアージは、傷病者の生理学的所見、解剖学的所見、受傷機転及び災害弱者を考慮して総合判断する。（別図4参照）

- ・二次トリアージは、災害現場から医療機関へ収容するまで可能な限り繰り返し行う。

(3) トリアージタグの使い方

記載上の注意事項

- ・トリアージを迅速に行うために
 - ・タグは補助者が記載(判定者と記録者の2人1組が原則)
 - ・事前^①に書けるところは記載しておく
 - ・実施場所で必要事項のみ記載
- ・タグは救護所で完成させる
- ・不明事項は空欄にしておく
- ・訂正は二重線で消す
- ・追加修正用にスペースを残して記載する
- ・黒いボールペンを使用する

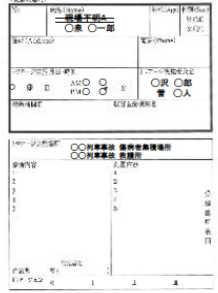
記載内容の訂正・追記

【訂正】

- ・旧記載が誤記の場合は、二重線で抹消(氏名の誤り、診断名の訂正など)

【追記】

- ・トリアージは繰り返し行われるため、実施するごとに追加記載が必要になる
- ・様態変化した場合も、前の記載に追記する
- ・追記の場合は、前の記載を二重線で抹消する必要はない

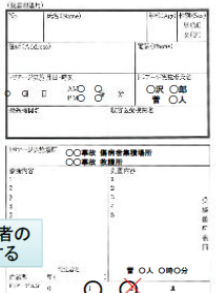


カテゴリー変更 (重症化の場合)

【重症化】

トリアージ区分に×をつけ訂正
正十もぎり追加

トリアージ区分変更者の氏名と時刻を記載する

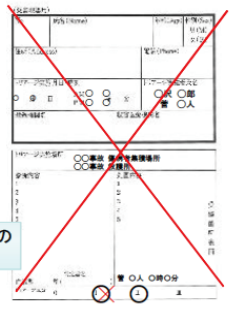


カテゴリー変更 (軽症化の場合)

【軽症化】

- ・新たなタグを追加する。
- ・旧タグには大きく×をつける(除去はしない)

トリアージ区分変更者の氏名と時刻を記載する




トリアージタグの装着

- ・原則として**右手首**
 - ・この部が負傷・切断等あれば左手首、右足首、左足首、首の順
- ・衣服・靴等への装着はしてはならない

トリアージタグの回収

原則として

- ・タグは救護所内で完成
 - 記載を随時追加→救護所搬出までに完成
 - 搬出時に**1枚目**を回収→消防現場指揮所で保管
- ・**2枚目**:搬送機関(消防)が医療施設搬入時に回収
- ・**3枚目**:収容医療機関で情報管理に活用・保管



【別図 1】

(収容医療機関用) 愛知県

No.	氏名 (Name)	年齢 (Age)	性別 (Sex) 男 (M) 女 (F)
住所 (Address)		電話 (Phone)	
トリアージ実施月日・時刻 月 日 AM 時 分		トリアージ実施者所属氏名	
搬送機関名		収容医療機関名	

トリアージ実施場所	トリアージ区分 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> ○ I II III </div>
トリアージ実施機関	医師 救急救命士 その他
症状・傷病名	
特記事項	

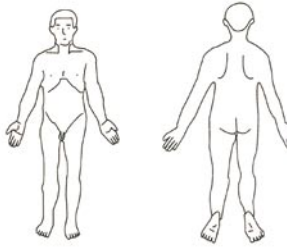
○

I

II

III

特記事項



○

I

II

III

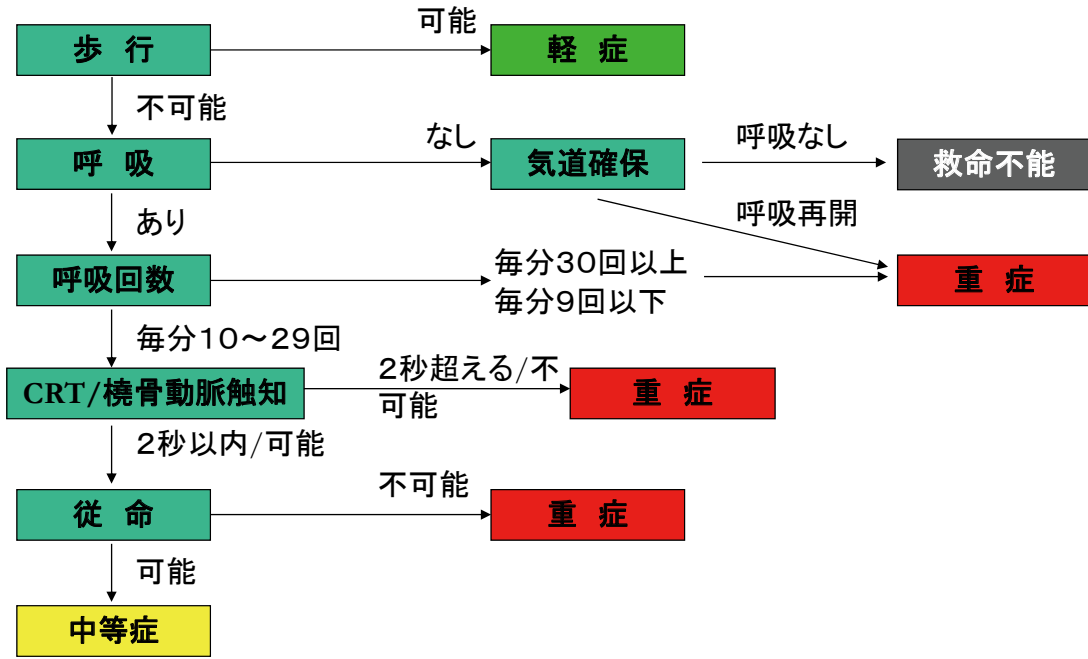
【別図 2】

ア.傷病の緊急性・重症度に応じ、次の4区分に分類し、トリアージタグをつける。
 イ.限られた医療スタッフ・医薬品等の医療機能を最大限に活用し、可能な限り多数の傷病者の治療を行うため、災害規模等により、トリアージの運用は変更される。

順位	分類	識別色	傷病等の状態
第1順位	最優先治療群 (重症群)	赤色 (I)	・直ちに処置を行えば、救命が可能な者
第2順位	非緊急治療群 (中等症群)	黄色 (II)	・多少治療の時間が遅れても生命には危険がない者 ・基本的には、バイタルサインが安定している者
第3順位	軽処置群 (軽症群)	緑色 (III)	・上記以外の軽易な傷病で、ほとんど専門医の治療を必要としない者
第4順位	不処置群 (死亡群)	黒色 (0)	・既に死亡している者又は直ちに処置を行っても明らかに救命が不可能な者

【別図3】

START方式によるトリアージ



【別図 4】

第 1 段階（生理的評価）

下記異常あれば赤

意識	呼びかけに反応無し、不穩	JCS \geq 2 桁	
気道	舌根沈下、気道閉塞		
呼吸	浅い・深い、速い・遅い、失調性、胸郭挙上の左右差 呼吸音の左右差	10 回未満 30 回以上	SpO ₂ < 90%
循環	橈骨動脈弱い、脈が速い、脈の触知不能、 皮膚蒼白・冷感・湿潤・活動性出血の有無	CRT \geq 2sec HR \geq 120 or <50	BP < 90mmHg BP > 200mmHg
体温			BT \leq 35°C

第 2 段階（解剖学的評価）

いずれかあれば赤

身体所見	疑われる病態
解放性頭蓋骨（陥没）骨折	
髄液鼻漏・髄液耳漏	頭蓋底骨折
頸部皮下気腫・気管の変形	気管損傷
外頸静脈の著しい怒張	心タンポナーデ、緊張性気胸
気管の偏位	緊張性気胸、気管損傷
皮下気腫	気胸
呼吸音の左右差	気胸、血胸
胸郭の動揺、奇異性呼吸	フレイルチェスト
胸部創からの気泡混じりの出血	開放性気胸
腹壁緊張、腹部膨隆、腸管脱出	腹腔内出血、腹部の臓器損傷
骨盤動揺・圧痛、下肢長差	骨盤骨折
大腿の変形・出血・腫脹・圧痛、下肢長差	大腿骨骨折
四肢麻痺	上位脊髄・脊椎損傷
四肢軟部組織剥脱	デグロービング損傷
顔面熱傷・焼けた鼻毛、口腔内の煤、嘔声	気道熱傷
重量物の下敷き・挟まれ、ポートワイン尿	クラッシュ症候群
頭頸部・体幹部・鼠径部への穿通性外傷	重要臓器損傷、大血管損傷
四肢の切断	
15%以上の熱傷を伴う外傷、顔面・気道熱傷	

第 3 段階（受傷機転）

あれば軽症そうでも黄以上

体幹部・1 肢以上の 4 時間以上の挟まれ、高所墜落、爆発、異常温度の環境、有毒ガス、NBC 汚染

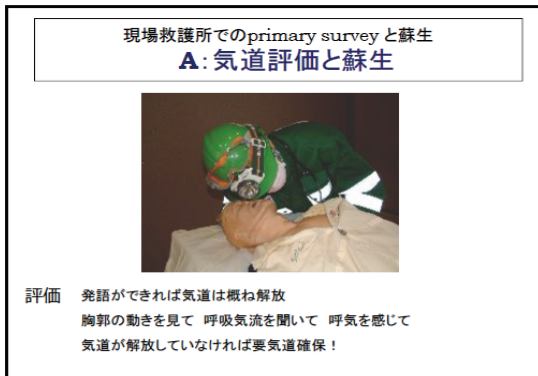
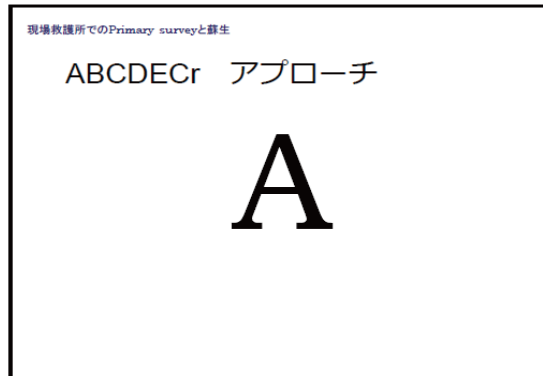
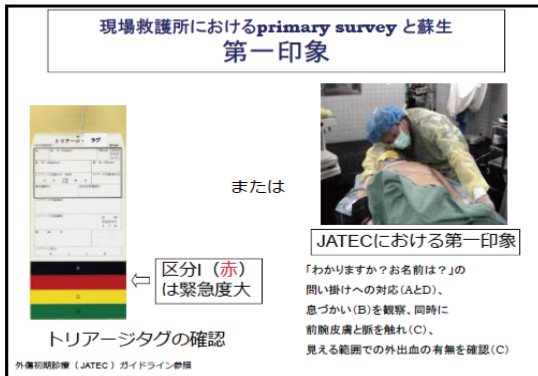
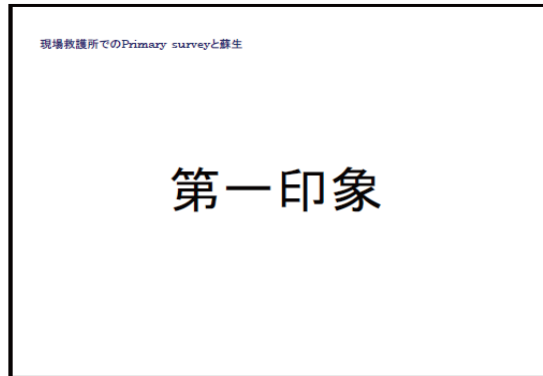
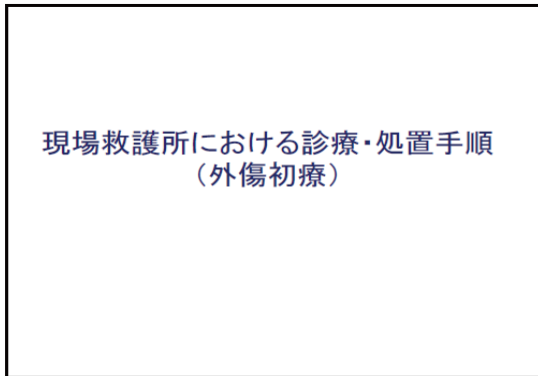
第 4 段階（災害弱者）

必要に応じて黄

幼児・小児、高齢者、妊婦、身体障害者、慢性基礎疾患を有する者、旅行者（外国人）

3. 現場救護所診療・処置（外傷初療）

現場救護所で診療活動する場合、トリアージを優先しなければならないほど傷病者が溢れているのではなく、ある程度の応急処置が行える状況であれば、二次トリアージの生理学的評価を行いつつ、必要な医療介入と並行して全身の評価を行うのが望ましい。この場合、日本DMAT研修で紹介されている、以下の診療手順が参考になる。



現場救護所でのPrimary surveyと蘇生

ABCDECr アプローチ

B

現場救護所でのprimary surveyと蘇生
B:呼吸状態の評価と蘇生(胸部)



視診では
胸郭の動きと呼吸回数
左右差の評価を行う
胸郭表面の創傷(開放創)

現場救護所でのprimary surveyと蘇生

B:胸部の聴診



聴診では気胸、大量血胸による片側呼吸音の減弱、もしくは消失に注意する

現場の騒音

現場救護所でのprimary surveyと蘇生

B:胸部の触診・打診



皮下気腫
動揺
痛み
鼓音・濁音



打診も忘れずに

現場救護所でのprimary surveyと蘇生
B:呼吸状態の評価と蘇生(頸部)



頸部の構成:気道(咽喉頭気管)、食道、重要血管、頸椎・頸髄等
(観察と評価)

- (1)呼吸数、SpO2、努力様呼吸・喘鳴等の有無
- (2)変形、腫脹の有無
- (3)閉塞性ショックの間接所見
 - ・気管偏位
 - ・皮下気腫
 - ・頸静脈怒張の有無

蘇生処置は酸素投与、換気、ショックを伴う緊張性気胸に対する緊急脱気や胸腔ドレナージなど

現場救護所でのPrimary surveyと蘇生

ABCDECr アプローチ

C

現場救護所でのprimary surveyと蘇生
C: 循環の評価(1): ショックの同定



皮膚所見、脈拍、意識レベルなどを総合的に判断

ショックの認知は血圧のみに頼らない

不穏・興奮はショックの進行の兆候

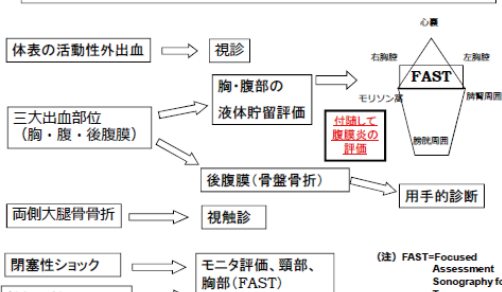
現場救護所でのprimary surveyと蘇生
C: 循環の蘇生: 静脈路確保、初期輸液開始



初期輸液(初期輸液療法 (JATEC))

- ・等張電解質輸液 (乳酸リンゲル液など)
- ・ショックなら1~2Lは必要

現場救護所でのprimary surveyと蘇生
C: 循環の評価(2): ショックの原因検索



体表の活動性外出血 → 視診

三大出血部位 (胸・腹・後腹膜) → 液体貯留評価 → FAST (付随して産産炎の評価) → 用手的診断

両側大腿骨骨折 → 視触診

閉塞性ショック → モニタ評価、頭部、胸部 (FAST)、四肢等の診察

神経原性ショック → モニタ評価、頭部、胸部 (FAST)、四肢等の診察

(注) FAST=Focused Assessment Sonography for Trauma

現場救護所でのPrimary surveyと蘇生
ABCDECr アプローチ

D

現場救護所でのprimary surveyと蘇生
D: 中枢神経障害の評価

GCSによる意識レベルの評価

点数	開眼 E	言葉 V	運動 M
6			指示に従う
5		見当識あり (時・場所・人)	痛い所に手を
4	自発的に	錯乱状態	逃避屈曲
3	言葉で	不適当な単語	異常屈曲 (除去貫状位)
2	痛みで	無意味な発声	異常伸展 (除脳状位)
1	開眼せず	発声せず	全く動かず

瞳孔径 対光反射 麻痺の有無

重症頭部外傷 (切迫するD(JATEC)) ≤ EVM合計8

現場救護所でのprimary surveyと蘇生
D: 中枢神経障害の評価と蘇生

重篤な意識障害 GCS ≤ 8 (JCS30以上)

→ 確実な気道確保を考慮

二次的脳損傷の回避のために酸素化を考慮

ABCの安定化が二次的脳損傷回避に繋がる!

現場救護所でのPrimary surveyと蘇生

ABCDECr アプローチ

E

現場救護所でのprimary surveyと蘇生

E: 脱衣と体温管理

Exposure and Environmental control

脱衣による熱放散
 周囲への伝導
 外気、大量輸液による冷却
 ショックによる熱産生低下


→ 低体温

↓

凝固異常や代償機転の破綻

↓

保温!



現場救護所でのPrimary surveyと蘇生

ABCDECr アプローチ

Cr

現場救護所でのprimary surveyと蘇生

Cr: クラッシュシンドローム(圧挫症候群)の評価と蘇生

重量物に長時間挟圧されたエピソード
 圧挫肢の知覚運動麻痺
 黒褐色～赤褐色尿
 皮膚紅斑・水疱形成・壊死

→低容量性ショックに対する治療を開始

現場救護所でのPrimary surveyと蘇生

第一印象 → トリアージタグの確認、または緊急度をおおまかな全体像で把握
 チームでの情報共有

ABCDEアプローチ(行った蘇生の評価も忘れずに)

A: 気道評価 → モニタリング開始、気道開放は?、気道緊急か否か?
 (蘇生・処置) 酸素 投与、気管挿管、輪状甲状靭帯穿刺・切開

B: 呼吸と致命的な胸部外傷の評価 → 呼吸回数・様式、SpO2、打診診
 胸部動脈、皮下気腫
 (蘇生・処置) 隔圧換気、穿刺・ドレナージ(胸腔、心嚢)、3辺テーピング

C: 循環の評価 → 外・内出血検査、皮膚所見、脈拍、FAST(胸腹部)
 用手的骨盤動脈評価、両側大腿骨骨折評価+「腹膜炎の評価」
 (蘇生・処置) 圧迫、輸液、シーツラッピング・簡易骨盤固定具(骨盤骨折)

D: 中枢神経障害の評価 → 重篤な意識障害(GCS ≤ 8)の評価
 (蘇生・処置) 二次的脳損傷回避 = 酸素化

E: 脱衣と体温管理 → 体温測定と保温

Cr: クラッシュシンドローム → 大量輸液

医療資源は足りているか?

4. 避難所・救護所活動

ここでいう救護所とは、災害現場での応急処置目的に設置される現場救護所とは異なる。被災地において、診療機能の停止した診療所の代行機能を果たすべく、定点的に設置される臨時診療所のような施設を指す。

(1) 医療救護班の編成

医療救護班の編成は、1班あたり医師2名又は3名、看護師2名又は3名、事務職員1名又は2名とする。そのうち医師1名を班長とする。

(2) 注意事項

- ①診療にあたって、患者症状が多岐に渡るため、被災直後の混乱からできる限り潜在的に存在する患者の発見に努める。また、重症である場合や、専門医療が必要な場合には、市区町村及び保健所との連携を保ちながら後方医療機関へ搬送する。
- ②避難者の健康管理にも十分留意する。
 - i. 特に災害弱者にも積極的に応じるよう努める。
 - ・在宅難病患者、慢性基礎疾患を有する者
 - ・高齢者、乳幼児、妊婦
 - ・身体障害者
 - ・外国人（旅行者）
 - ii. 保険・福祉関係者との十分な連携による対応
- ③診療に際して、症状・診断結果・医薬品等の処置内容を記録するようカルテを準備しておく。
- ④避難所での状況を把握し、活動記録を記録する。状況を地区医師会に定期的に報告し、必要に応じ支援を要請する。例えば患者数、重症度、活動者の人数、状況などを報告する。

医薬品の供給は、原則、市町村に要請するが、行政の被害が甚大で要請が困難と考えられる場合は被災地医師会、もしくは派遣元である愛知県医師会と合議して対応を決める。
- ⑤指示された派遣期間を終了した場合は、次期医療救護班へ必要事項を引き継ぐこととする。
- ⑥医療救護班の活動時間は、原則として一週間程度は24時間体制とし、経過観察や患者の一時収容に努める。
- ⑦一週間程度を経過した頃より状況により、きめ細かい対応を図る。

例：午前中は避難所の医療救護所での診療、午後は周辺地区の巡回等

5. 病院支援

被災地においても、重症患者に対する医療は主に病院で行われる。しかし、多くの医療機関が被災により診療機能が低下していれば、平時を大きく超える人数の傷病者が被災地の災害拠点病院を受診する。

災害拠点病院の機能を維持することは、被災地の医療を支える上で重要であり、被災地行政の災害対策本部より要請があれば、医療救護班は、病院の診療機能を支援する活動を行う場合がある。東日本大震災では、JMATとして派遣された医療救護班が被災地病院の救急外来診療に従事した例が多数ある。

避難所・救護所活動と異なり、病院内での診療であり、各病院のカルテ形式で診療記録を作成し、薬品は各病院での規則に従い処方する。また、病院の職員とは良好なコミュニケーションをはかり、病院側の希望を尊重して診療を行う。

6. 検視・検案

(1) 概要

災害時の医療救護活動は、傷病者の救出・救護・搬送が最優先される。一方、死者が発生した場合にも、十分な対応と配慮が求められる。

災害による死亡は、異状死として位置付けられるため、検察等による検視の手続きが必要になる。また、医師は、その手続きを医学的側面から協力し、死体検案書等を作成することとなる。

(2) 派遣要請

愛知県医師会警察部会では、今後起こりうる東海地震等大規模災害発生時には多数死者が予想されることから、医療救護活動と並行して速やかに死体検案がなされるよう検案班編製の整備を行っている。

検案班派遣要請は、愛知県医師会災害対策本部にて第2章の「医療救護班（JMAT）の派遣要請」と連動して行われることとなる。大規模災害に伴う大量死亡が発生した場合、まずは、地元の警察署より医師へ検案の依頼がなされることが想定される。その場合、まずは自身のまわりの状況を最優先として、検案に協力できる場合は協力する。

愛知県警察は速やかにこの情報を収集し、愛知県医師会災害対策本部へ情報提供すると共に検案医の派遣依頼をすることとなる。愛知県医師会災害対策本部は愛知県警察と連携し、検案医を派遣する場所、必要な人数を確認した上で、既に検案を行っている医師の状況を勘案しながら検案班へ派遣要請をすることとなる。

また、愛知県医師会災害対策本部は地区医師会へ医療救護活動の情報提供を行うと共に、検案班の派遣状況の情報提供も行う。

ただし、愛知県医師会災害対策本部は、検案班派遣により医療救護班派遣の妨げとならないよう調整した上で派遣を行うものとする。

(3) 検視・検案とは

○検視

トリアージによって黒タグが付けられた場合、死亡確認後に、まずは主に検視官等による検視が行われる。検視の目的は、犯罪性の有無の判断であり、死体とともにその置かれた状況に対する捜査が綿密に行われる。死体現象の観察に加え、死体を取り巻く環境の捜査を担当するのが検視である。

○検案

検視結果を踏まえ、死体に対して医師が医学的判断を下すのが検案である。死因、死後経過時間などを医学的専門知識・技術をもとに診断する医行為である。大規模災害の検案の目的は主として、個人識別のための遺体の外表情報記録、死亡時刻の推定、死因の特定の3つである。

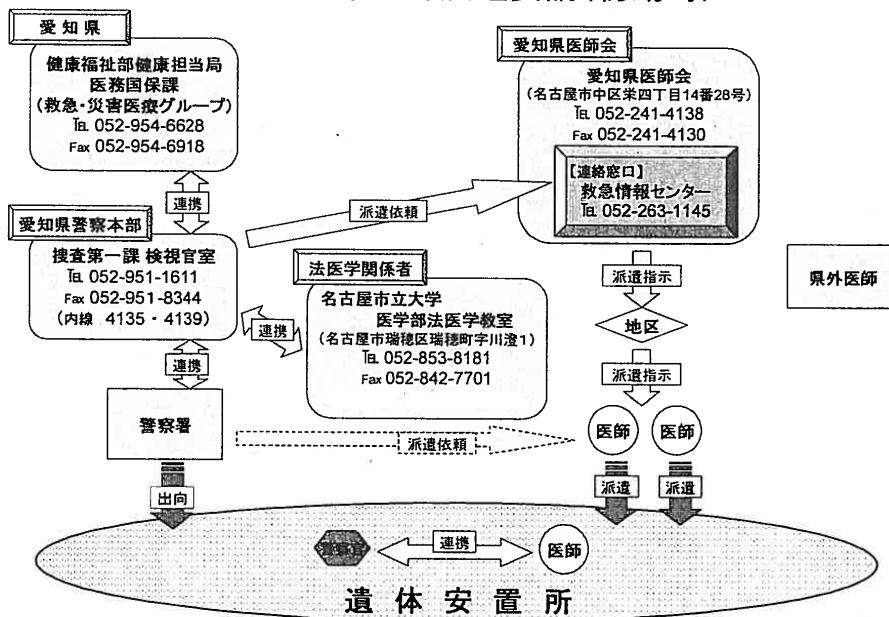
(4) 注意事項

検視・検案に際しては、死者の尊厳を損なうことのないよう、十分に配慮する。また実施にあたっては、警察、歯科医師の協力が必須であり、共同して対応する。

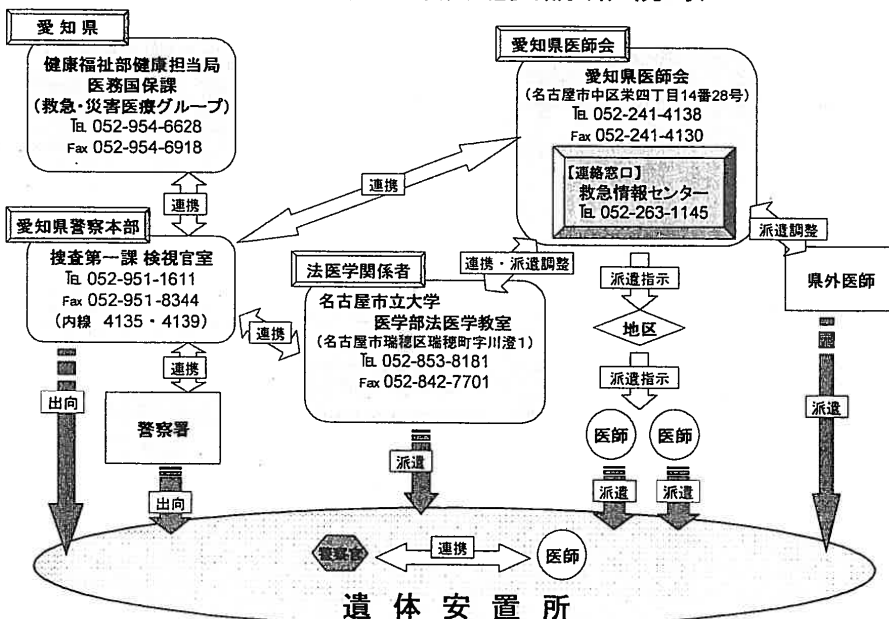
遺族との対応に関しては急性期のグリーフケアを考慮し、災害死亡者家族支援チーム（D MORT）との連携を図る。

【参考】

発災時における検案医師派遣要請（初動時）



発災時における検案医師派遣要請（継続時）



7. 長期化への対応

(1) 避難所での医療救護活動が長期化した場合の問題点

- ・災害弱者といわれる老人や幼少児の健康管理
- ・慢性疾患
- ・メンタルヘルス
- ・仮設診療所の撤収など

可能な限り速やかに通常地域医療体制に復帰するよう努力が必要である。

(2) 健康管理

①避難民の疾病を予防するための基本的要素

- ・保温（毛布）
- ・睡眠不足を起こさないようにプライバシーの確保
- ・食事（非常食の手配）
- ・排泄物の処理

②臨時診療施設の開設

避難者が数百人規模以上の避難所には臨時診療所を開設するのが望ましい。1万人規模になれば臨時の病院が必要。

【参考】

1人当たりの最低必要量

面積は3.5㎡（たたみ2畳分）必要

水は一日当たり10～15リットル

③災害弱者

高齢者、妊婦と授乳中の母親、身障者、乳幼児、慢性基礎疾患を有する者に対しては、定期的な健康チェックなどの特別の配慮が必要である（これらの人は長期間避難所に残ることになるので）。

(3) メンタルヘルス

大災害時には避難住民に、精神的障害並びにそれによる種々身体的症状が問題になることがある。

JMATⅡなどの活動を通して、心のケアをおこなう。

※平時にしておくべきこと

精神科医、臨床心理技術者、ソーシャルワーカー、保健師などによる協力体制を各地域に構築しておく。

(4) 感染症対策

劣悪な環境で大勢の人が生活する避難所では、感染症が発生しやすい環境にある。

- ・冬期は呼吸器感染症
- ・夏期では食中毒など消化器系の疾患

※平時にしておくべきこと

季節に応じて、災害後の避難所で生じやすい感染症をあらかじめ想定し、それぞれの予防対策、治療方針を検討しておく。

(5) 慢性疾患対策・医療業務の再開

高血圧、糖尿病などの慢性疾患に対する治療の継続が必要となってくる。初期には対症療法的な対応で対処せざるを得ないが、できる限り早期に継続治療に服さなければならない。そのためには地域の医師会員が医療業務を再開することが必要となる。

※平時にしておくべきこと

地域の医療機関が医療業務を再開するまでの間に、臨時診療所へ従来の担当医から可能な範囲で情報を提供してもらうことができるようなシステムを構築しておく。

(6) 透析患者対策

慢性腎不全患者は生命を維持するために週2～3回の血液透析が必要である。被災地内では水道水の確保ができない可能性があり、周辺の透析施設に転送して透析を続けなければならないが、震災では圧挫症候群（クラッシュ症候群）による急性腎不全に対する透析の需要も増加する可能性もある。

※平時にしておくべきこと

透析可能施設のネットワークをあらかじめ構築し、情報を集約しておくことが必要である。

8. 記録と報告

(1) 記録

全ての医療活動について、診療録としての記録を残す義務がある。

現場救護所など、災害現場で行う医療活動の場合は、所定の規則に従いトリアージタグを使用する。

避難所・救護所においては、被災地域の災害対策本部により指定された形式の診療録があれば、それを使用する。特に指定がなければ、派遣母体の愛知県医師会と協議の上で採用する形式を使用する。

病院支援の場合は、支援先の病院指定の診療録を使用する。

(2) 報告

災害医療は多くの支援者により成立する医療事業である。常に全体を把握し、改善すべきは改善していく必要がある。このために、医療救護班には、活動の節目ごとに関係機関へ報告することが義務付けられる。

派遣母体（愛知県医師会）へは、被災地への移動中より、適宜必要に応じて活動内容を報告する。指定参集場所へ到着したら、到着した旨を現地災害対策本部に報告する。また、現地での活動中は、活動内容を派遣母体へ定期報告すると共に、現地災害対策本部へも必要に応じて定期的に活動報告することが望ましい。活動終了時には、帰還する旨、派遣母体へ報告するとともに、現地災害対策本部へも、活動終了の報告を必ず行う。

以上のような節目ごとの報告により、関連機関の連携は密となり、より質の高い、継続性のある医療救護が可能になる。

9. 費用弁償

愛知県と締結している「災害時の医療救護に関する協定書」に基づき派遣された医療救護班（JMAT）は、その協定に基づき費用弁償等がなされる。

ただし、この費用弁償に該当する医療救護班（JMAT）は、愛知県知事からの要請の下、愛知県医師会からの派遣要請により派遣された医療救護班（JMAT）に限る。

自らの思いで独自に医療支援に出向くことを希望する会員の自由を妨げるものではないが、そのような形での医療支援に対し、愛知県および愛知県医師会からの費用弁償を受けることは不可能である。

10. 追補：原子力災害対応に必要な基礎知識

東日本大震災による東電福島第一原発事故は、かつて人類が経験したことのない複合災害を日本にもたらした。今後、日本国内の原子力発電所で同様の事故が起きない保証はなく、愛知県においても、周辺自治体（静岡県、福井県など）の原子力発電所で過酷事故が発生した場合に一定の対応を余儀なくされる可能性がある。本追補では、原発のない自治体で医療活動を行う我々に「最低限」必要な、原子力災害対応に関わる知識を取り上げる（下線部を除き、「緊急被ばく医療研修のホームページ」から併記 URL の記載をそのまま引用した）。

(1) 被ばくと汚染 (<http://www.remnet.jp/lecture/qa/misc01.html>)

被ばくとは、透過性の放射線を受けることをいいます。全身または体の一部が、遮へいされてない放射線源から放出される放射線にさらされる場合を外部被ばくといえます。外部被ばくによって、人体が放射能を持つことはありません。また、放射性物質を吸込んだり、飲込んだり、傷口から吸収した場合を内部被ばく（内部汚染）といえます。

一方、汚染とは、放射性物質が皮膚や衣服に付着した状態をいいます。特に傷口に放射性物質が付着している状態を創傷汚染といえます。

放射線は、人体の「表面」または「体内」に拡がることはありませんが、放射性物質による汚染は拡大することを理解することが重要です。放射性物質により汚染された人は、放射線の発生源（放射性物質）を除去するまで被ばくし（放射線を受け）続けることとなります。放射線事故では、事故が発生した場所や経緯とは関係なく、外部被ばく、身体表面汚染、創傷汚染、内部被ばく（内部汚染）という形態で発生します。

これらの4種類の被ばくは、併発することもあるれば、物理的な傷や病気の程度によって複雑になることもあります。何れの場合でも、放射線計測、汚染管理、除染などの放射線関連の処置よりも、生命に係わる医学的な問題への対応を常に優先することが必要です。

(2) 被ばくの形態と特徴 (<http://www.remnet.jp/lecture/qa/misc02.html>)

被ばくには、外部被ばくと内部被ばくの2つがあります。外部被ばくとは、X線診断のように体の外にある放射線源（放射性物質等）から出る放射線を受けることです。

一方、内部被ばくとは、放射性物質で汚染されたものを飲み込んだり、汚染された空気を吸ったりすることにより放射性物質が体内に入り、それによって受ける被ばくをいいます。

①外部被ばくの特徴

被ばくすると、放射線は体内に吸収されるか、または完全に人体を透過します。

外部被ばくを受けた者は放射能を持つわけではないことから、他の通常の患者さ

んと同じように扱っても何ら差し支えありません。

α 線は皮膚の表面で阻止されてしまうので、ほとんど影響はありません。 β 線も同様に皮膚の被ばく以外を考慮する必要はありません。 γ 線は透過力が強いので、放射線の量によっては、人体の内部組織にも影響を与えます。

放射線源から離れば（線源がなくなれば）、被ばくも少なくなります。

被ばく線量は、個人線量計やサーベイメータ等で比較的容易に測定できます。

②内部被ばくの特徴

α 線は透過力は弱いのですが、エネルギーが大きいため、すぐ近くの細胞には大きな影響を与えます。

体内に取込まれた放射性物質の多くは、人体の生理作用にしたがって、体内の特定の部位（臓器等）に沈着する性質があります。例えば、放射性ヨウ素は甲状腺に集まり、甲状腺に被ばくを与えます。

内部被ばくは、放射性物質が体内に存在する限り続きます。しかし、放射性物質の体内残留量は、物理的な減衰と生物学的な減衰（新陳代謝等）の両方で減少します。

(3) 緊急被ばく医療 (<http://www.remnet.jp/lecture/qa/qa01.html>)

原子力災害や放射線事故により、被ばくした患者もしくは放射性物質による汚染を伴う救急患者に対する医療であり、通常の救急医療に被ばくもしくは放射性物質による汚染対応が加わったものです。

したがって、放射性物質による汚染の管理、および医療スタッフの放射線防護、内部被ばくや汚染された創傷に対する医療処置が必要となります。

(4) 緊急被ばく医療体制 (<http://www.remnet.jp/lecture/qa/qa07.html>)

緊急被ばく医療体制は、外来（通院）診療を念頭に置いた医療である「初期被ばく医療体制」、入院診療を念頭に置いた医療である「二次被ばく医療体制」、より専門的な入院診療を要する「三次被ばく医療体制」からなります。これらの三つの体制が有機的に連携し、個々の体制あるいは体制間で相互に補完することにより、「いつでも、どこでも、誰でも最善の医療を受けられる。」という命の視点に立った被ばく医療を実現することが重要です。

現在、緊急被ばく医療体制が置かれているのは、原発立地自治体を中心とした19道府県のみであり、愛知県はこれに含まれていません。

(5) 原発のない自治体で医療を行う私達に求められる原子力災害対応の基礎知識とは？

名古屋市から最も近い原子力発電所である美浜でも100km離れている当県の立地上、求められる対応は、避難住民の汚染がないことを確認するスクリーニングや健康チェックが考えられる。緊急被ばく医療体制がない愛知県の医療機関では、特殊な対応は困難であると言わざるをえない。スクリーニングについては、医療そのものよりも体制づくりや受け入れ施設の養生が問題の中心となるため、行政による準備と体制づくりが望まれる。

第4章 被災地へ持って行く物資リスト

被災地へ持参すべき物資は、被災後のフェーズによって大きく異なり、対象とすべき被災者数、年齢層、季節、天候なども考慮した準備が必要である。またJMATの派遣は自己完結が基本であり、そのための物品は多岐にわたる。

搬入物品は生活用品、事務用品、炊事用具、食料品、その他に大別できる。個々の物品の必要数はJMAT隊員数、滞在日数に基づき判断する。

1. 生活用品

毛布、枕、寝袋、タオル、スリッパ、ティッシュ、ウエットティッシュ、石鹸、水なしシャンプー、使い捨てカイロ、懐中電灯、乾電池（各種）、ポリタンク、ラジオ、地図、長靴、拡声器、養生シート、他

2. 事務用品

通信機器（携帯電話、同充電器、無線機、携帯衛星電話、ノートパソコン、Wi-Fiルーター、プリンター、PC周辺機器）、カメラ、ハサミ、カッター、カラーマジック、大学ノート、A4用紙、セロハンテープ、筆記用具、輪ゴム、ステイプラー（ホッチキス）、クリップ、診療録用紙、処方箋、薬袋、模造紙、他

3. 炊事用具

カセットコンロ、カセットボンベ、ヤカン、鍋、割り箸、スプーン、食器（紙皿、紙カップ）、ラップ、軍手、他

4. 食料品

レトルト食品、カップ麺、缶詰、ペットボトル水・お茶、パックご飯、インスタントコーヒー、ティーバッグ、他

5. その他

現金、テント、発電機

6. 医薬品

医薬品については、日本医師会災害医療小委員会にて提案された医薬品リストを以下に掲載するので参考として頂きたい。

(リストの想定)

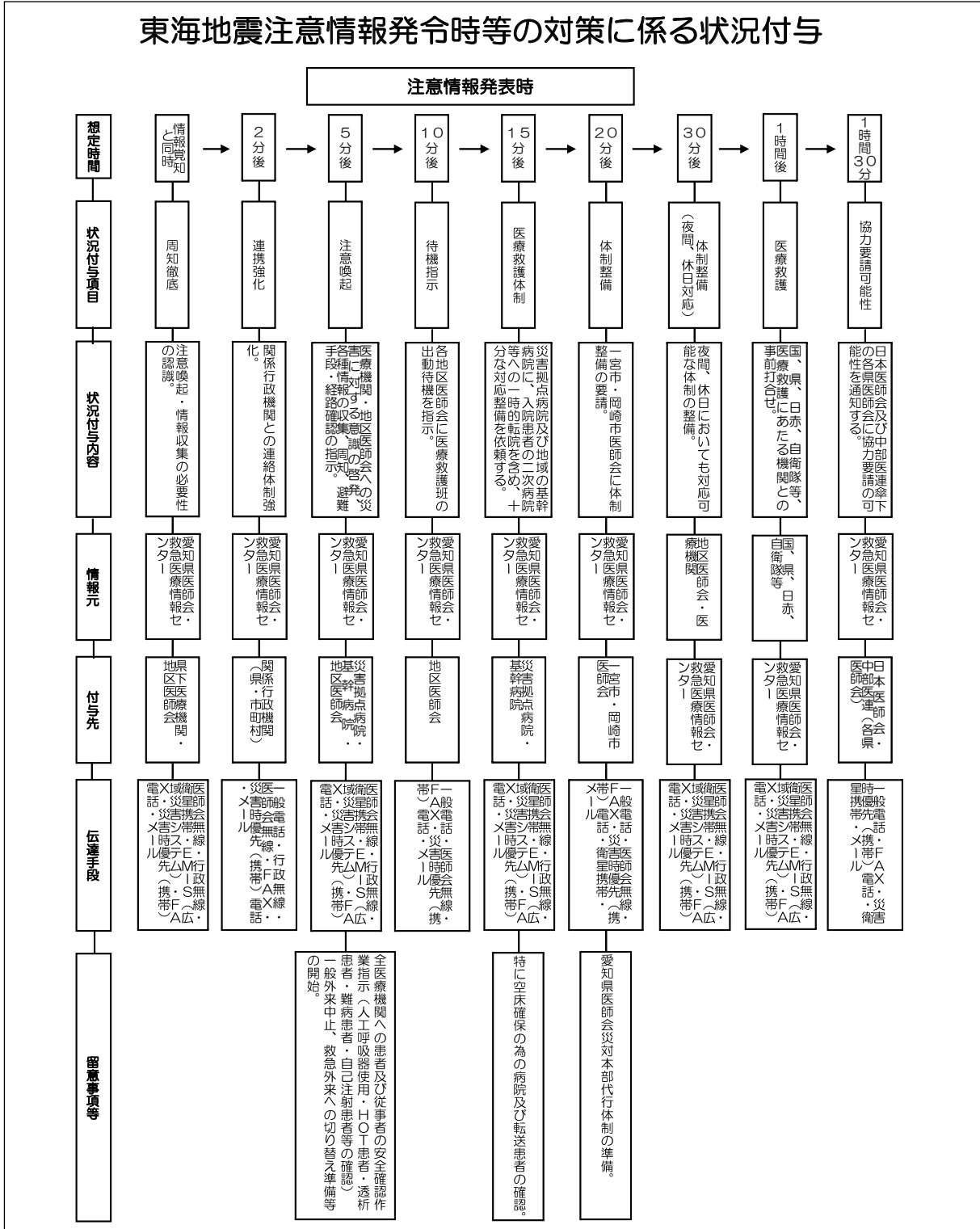
1,000人程度の自治体（集落）が被災。5箇所の避難所で避難生活をしており、そのうち300名が慢性疾患患者と仮定。そこに、2、3チームで3～7日の予定でJMAT活動をするときに持参していく場合。

名称	個数	分類	メモ	コメント
ロキソニン	100錠	鎮痛	3錠×3日×10名=100錠	50mgは加えず、25mgで代用
カロナール200mg	100錠	鎮痛	3錠×3日×10名=100錠	
ボルタレンSP 25mg	30個	鎮痛	1錠頓服×1日3回×10名=30個	
モーラス	50袋	鎮痛	1袋7枚	
レンドルミンD0. 25mg	30錠	不眠	1錠×3日×10名=30錠	
デバス0. 5mg	30錠	不眠	1錠×3日×10名=30錠	
PA錠	100錠	総合感冒薬	3錠×3日×10名=100錠	
葛根湯	100包	総合感冒薬	3包×3日×10名=100包	
SPTローチ	10シート	総合感冒薬	1シート(6錠)×10名=10シート	
オーゲメンチン	100錠	一般感染症	3錠×3日×10名=100錠	
セフゾン	100錠	一般感染症	3錠×3日×10名=100錠	
クラビット	30錠	一般感染症	1錠×3日×10名=30錠	
ジスロマック	30錠	一般感染症	1錠×3日×10名=30錠	
ガスターD10mg	100錠	消化器	3錠×3日×10名=100錠	
プリンペラン	50錠	消化器	3錠×3日×5名=50錠	
タケブロンOD15mg	15錠	消化器	1錠×3日×5名=15錠	
ブスコパン	50錠	消化器	3錠×3日×5名=50錠	
ボステリザン	10個	消化器	1錠×2日×5名=10錠	
カマグ	100包	消化器	3包×3日×10名=100包	
ロベミン	20錠	消化器	1錠×2日×10名=20錠	
センノサイド	20錠	消化器	1錠×2日×10名=20錠	
ムコスタ	100錠	消化器	3錠×3日×10名=100錠	
ピオフェルミンR	100包	消化器	3包×3日×10名=100包	
バイアスピリン	30錠	循環器 抗血栓・抗凝固	1錠×3日×10名=30錠	
ワーファリン1mg	30錠	循環器 抗血栓・抗凝固	2錠×3日×5名=30錠	
プラザキサ75mg	30錠	循環器 抗血栓・抗凝固	2錠×3日×5名=30錠	
パナルジン	30錠	循環器 抗血栓・抗凝固	3錠×3日×3名=30錠	
アマリール1mg	30錠	糖尿病	2錠×3日×5名=30錠	
ジャスビア50mg	30錠	糖尿病	2錠×3日×5名=30錠	
ランタス	3本	糖尿病	3本 ペンニードル2箱	
ノボラビッド	3本	糖尿病	3本 ペンニードル2箱	
ホクナリンテープ2mg	10枚	気管支喘息	2錠×3日×5名=30錠	
テオドール200mg	30錠	気管支喘息		
メブチンエア	3本	気管支喘息		
アドエア250ディスカス28吸入用	10本	気管支喘息		
ムコダイン250mg	50錠	呼吸器症状		
トランサミン250mg	50錠	呼吸器症状		
メジコン	30錠	呼吸器症状	2錠×3日×5名=30錠	
アレロックOD5	60錠	抗アレルギー	2錠×3日×10名=60錠	
ナゾネックス点鼻	5本	抗アレルギー		
アムロジピンOD5mg	30錠	降圧薬	1錠×3日×10名=30錠	
ディオバン40mg	30錠	降圧薬	1錠×3日×10名=30錠	
ニトロール	15錠	狭心症・心不全	1錠×3日×5名=15錠	
アーチスト10mg	15錠	降圧薬	1錠×3日×5名=15錠	
ラシックス錠20mg	15錠	心不全	1錠×3日×5名=15錠	
アルダクトン	15錠	心不全	1錠×3日×5名=15錠	
フランドルテープ	15錠	心不全	1錠×3日×5名=15錠	
ミオコールスプレー	3本	狭心症・心不全	3本	
ブレドニゾロン5mg	50錠	免疫抑制	継続が必要な薬剤	
リンデロン	10錠	免疫抑制		
チラージンス	10錠	甲状腺機能亢進症		
アレピアチン錠100mg	20錠	抗てんかん薬	継続が必要な薬剤	
デバケンR100mg	20錠	抗てんかん薬		
テグレート	10錠	抗てんかん薬		

名称	個数	分類	メモ	コメント
タミフル ゾビラックス200mg インフルエンザワクチン 破傷風トキドイド	100錠 10錠 10本 5本	感染症 感染症 感染症 感染症	2錠×5日×10名=100錠 5錠×2名=10錠	
クラビット点眼 フルメトロン点眼 ミケラン	5本 5本 5本	眼科疾患 眼科疾患 緑内障		
リンデロンVG 5g ゲンタシン軟膏 10g オイラックス軟膏 ゾビラックス軟膏 キシロカインゼリー ケナログ軟膏 5g	5本 5本 5本 3本 5本 5本	外用薬 外用薬 外用薬 外用薬 外用薬 外用薬		
小児用 ダイアアップ6mg ダイアアップ10mg ナウゼリン10mg ナウゼリン30mg アンヒバ100mg アンヒバ200mg カロナール細粒 小児メリアクト 小児クラリスドライシロップ ホクナリンテープ0.5mg ホクナリンテープ1mg デバケンシロップ タミフルドライシロップ 総合感冒薬 (アスベリン、ボララミン、ムコダイン)	5個 5個 5個 5個 10個 10個 5枚 5枚	体重10kg、15kg、20kg、25kgで10包ずつ 体重10kg、15kg、20kg、25kgで50包ずつ 体重10kg、15kg、20kg、25kgで50包ずつ 体重10kg、15kg、20kg、25kgで20包ずつ 体重10kg、15kg、20kg、25kgで50包ずつ 体重10kg、15kg、20kg、25kgで50包ずつ		継続が必要な薬剤

第5章 状況付与

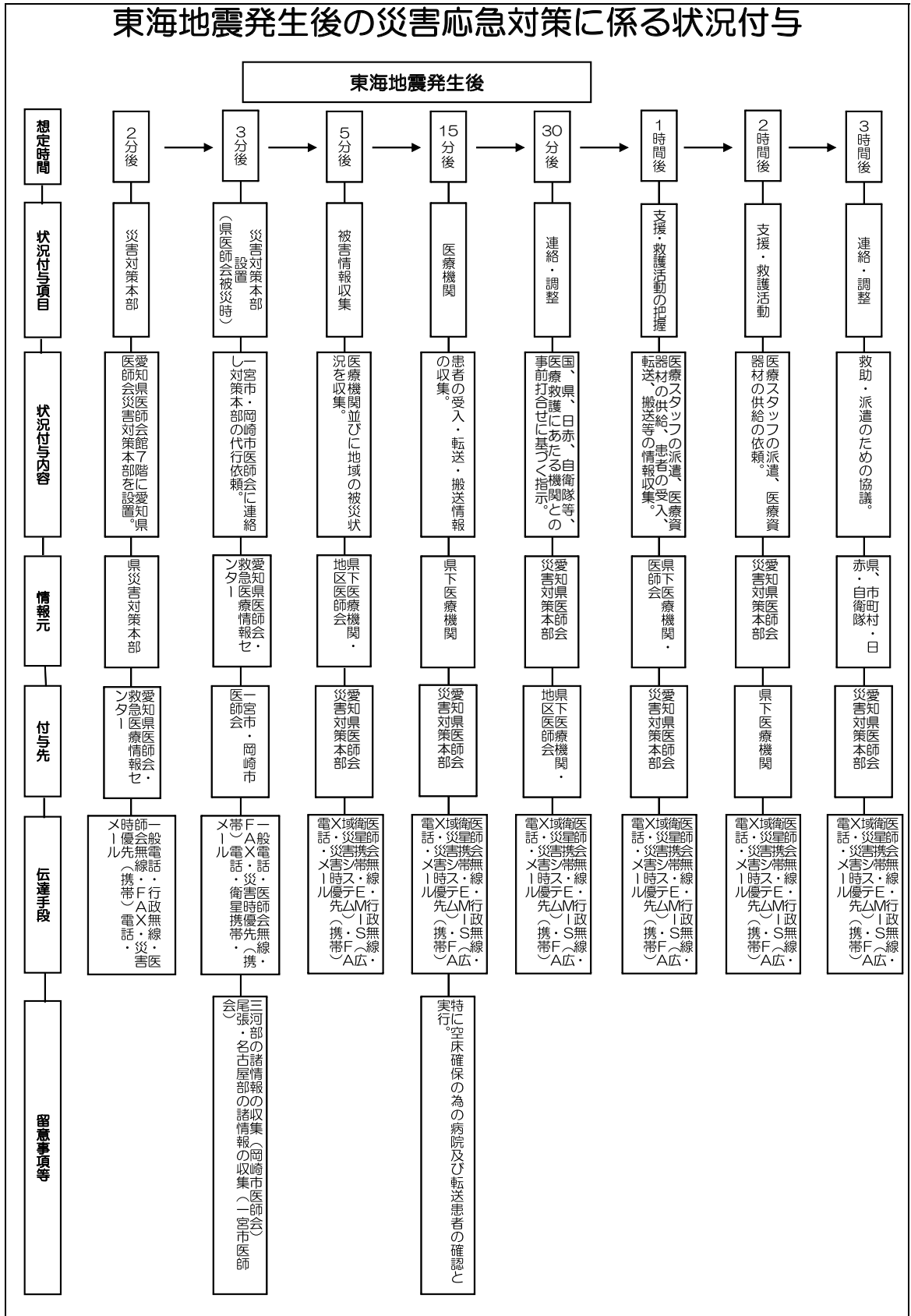
状況付与とは、東海地震に係る注意情報、警戒宣言発令時、地震発生時、その他風水害が発生した際に、救急医療情報センターが情報収集を行う時系列である。基本的には、以下の状況付与により県下医師会等への情報提供依頼等を行うことになる。



東海地震警戒宣言発令時等の対策に係る状況付与

警戒宣言発令時							
想定時間	2分後	5分後	10分後	15分後	20分後	30分後	
情報付与項目	周知徹底	連携強化	注意喚起	待機指示	医療救護体制	体制整備	連携強化 (医療救護機関)
状況付与内容	警戒宣言内容の周知・情報収集の必要性の認識。	関係行政機関との連絡体制の再確認・情報交換の緊密化。	医療機関・地区医師会への災害に對する意識と備えの強化を依頼。	各地区医師会に医療救護班の待機状況を指示。	災害拠点病院及び地域の基幹病院に災害に備えて一層の体制整備を依頼する。	宮市・岡崎市医師会にバックアップ体制の再度チェックを要請。	国、県、日赤、自衛隊等、医療救護にあたる機関との連絡・連携の強化。
情報元	愛知県医師会 救急医療情報センター	愛知県医師会 救急医療情報センター	愛知県医師会 救急医療情報センター	愛知県医師会 救急医療情報センター	愛知県医師会 救急医療情報センター	愛知県医師会 救急医療情報センター	愛知県医師会 救急医療情報センター
付与先	地区医師会 地区医師会	関係行政機関 (県庁・市町村)	災害拠点病院 地区医師会	地区医師会	災害拠点病院 基幹病院	宮市・岡崎市 医師会	愛知県医師会 救急医療情報センター
伝達手段	電話・FAX・無線 メール・Eメール 携帯・S・A	電話・FAX・無線 メール・Eメール 携帯・S・A	電話・FAX・無線 メール・Eメール 携帯・S・A	FAX・電話・無線 メール・Eメール 携帯・S・A	電話・FAX・無線 メール・Eメール 携帯・S・A	FAX・電話・無線 メール・Eメール 携帯・S・A	電話・FAX・無線 メール・Eメール 携帯・S・A
留意事項等			全医療機関への患者及び従事者の安全確認作業指示(人工呼吸器使用・H O T患者・透析患者・難病患者・自己注射患者等の確認) 一般外来中止、救急外来への切り替え準備等の開始。		特に空床確保のための病院及び転送患者の確認。		

東海地震発生後の災害応急対策に係る状況付与



東海地震発生後の災害応急対策・地区医師会

東海地震発生後・地区医師会									
想定時間	情報感知と同時に	2分後	5分後	10分後	15分後	20分後	30分後	1時間後	1時間30分後
状況付与項目	情報周知徹底 ①手段	情報連携強化 ②場所	人的被災規模の 確認① 注意喚起	人的被災規模の 確認② 待機指示	医療救護体制整備 人的被災規模の 確認③	経済的予測① 体制整備	（夜間、休日対応） 経済的予測② 体制整備	医療救護打合せ、 最終体制確認	協力要請可能性 通知、まとめ
状況付与内容	情報収集手段の確保 被災予測地区医師会との連絡	被災者集結場所の特定、稼働 医療機関の認知 関係行政機関との連絡体制強化	被災者数、重症度の確認 情報に対する意識の啓発、各種 避難手段・経路確認の指示	各地医師会に医療救護班の 出動待機を指示（応援要請数）確 認	災害拠点病院及び地域の基幹 病院に、入院患者の二次病院 等への一時的転院を含め、 十分な対応整備を依頼する	一宮市・岡崎市医師会に体制 整備の要請に応じた体制の 特定・最終確認	被災医師会の被害度の確認 （夜間、休日においても対応可 能な体制の整備）	国、県、市、自衛隊等、医 療救護にあたる機関との事前 打合せ、今後の予想展開に基づいた 連絡体制の確保	日本医師会及び中部医連傘下 の各県医師会に協力要請の可 能性を通知する
情報元	救急医療情報会・ 愛知県医師会	救急医療情報会・ 愛知県医師会	救急医療情報会・ 愛知県医師会	救急医療情報会・ 愛知県医師会	救急医療情報会・ 愛知県医師会	救急医療情報会・ 愛知県医師会	救急医療情報会・ 愛知県医師会	救急医療情報会・ 愛知県医師会	救急医療情報会・ 愛知県医師会
付与先	地区医師会 地区医師会	（関係行政機関） （県・市・町村）	災害拠点病院・ 地区医師会	地区医師会	災害拠点病院・ 基幹病院	一宮市・岡崎 市医師会	救急医療情報会・ 愛知県医師会	救急医療情報会・ 愛知県医師会	日本医師会・ 中部医連（各県 医師会）
伝達手段	電X或衛医 話・災星師 ・災害携無 ×害シ帯無 1時ス・線 ル優テE・ 先△M行政 （携F）S無 （携F）A広	×時一 1ル優先 （携F）A広 （携F）A広	電X或衛医 話・災星師 ・災害携無 ×害シ帯無 1時ス・線 ル優テE・ 先△M行政 （携F）S無 （携F）A広	電X或衛医 話・災星師 ・災害携無 ×害シ帯無 1時ス・線 ル優テE・ 先△M行政 （携F）S無 （携F）A広	電X或衛医 話・災星師 ・災害携無 ×害シ帯無 1時ス・線 ル優テE・ 先△M行政 （携F）S無 （携F）A広	携F一 帯電A 話電X ・災星師 ・災害携無 ×害シ帯無 1時ス・線 ル優テE・ 先△M行政 （携F）S無 （携F）A広	電X或衛医 話・災星師 ・災害携無 ×害シ帯無 1時ス・線 ル優テE・ 先△M行政 （携F）S無 （携F）A広	電X或衛医 話・災星師 ・災害携無 ×害シ帯無 1時ス・線 ル優テE・ 先△M行政 （携F）S無 （携F）A広	×時一 1ル優先 （携F）A広 （携F）A広
留意事項等			全業 一患指 般者示 来者・ 中難 止病 急患者 外患者 来者 への注 射H 切O 替T 替患者 え等の 準備確認 等		特に空床確保の為の病院及び転送患者の確認。				

風水害警報等発令時における災害応急対策に係る状況付与

警報等発令時							
想定時間	状況付与項目	状況付与内容	情報元	付与先	伝達手段	留意事項等	
情報発令と同時に	周知徹底	注意喚起・情報収集の必要性の認識	愛知県医師会・救急医療情報センター	地区医師会	電話・FAX・無線・携帯・メール（優先）	気象概況・降雨情報の収集	
2分後	連携強化	関係行政機関との連絡体制強化	愛知県医師会・救急医療情報センター	関係行政機関（県・市町村）	一般電話・FAX・無線・携帯・メール（優先）	関係機関への情報伝達網の周知。災害時用携帯電話やFAXの準備	
5分後	注意喚起	医療機関・地区医師会への災害に対する意識の啓発。各種避難手段・経路確認の指示	愛知県医師会・救急医療情報センター	災害拠点病院・地区医師会	電話・FAX・無線・携帯・メール（優先）	浸水や土砂災害危険度の状況把握。災害危険の切迫時における速やかな避難活動の準備	
10分後	連絡体制確立	各地区医師会・災害拠点病院との連絡体制の確立を要請	愛知県医師会・救急医療情報センター	災害拠点病院・地区医師会	電話・FAX・無線・携帯・メール（優先）	医師会無線の準備・整備。災害時用携帯電話やFAXの準備	
15分後	待機指示	各地区医師会に医療救護班の出動待機を指示	愛知県医師会・救急医療情報センター	地区医師会	FAX・電話・FAX・無線・携帯・メール（優先）	医療救護班の編成・待機	
20分後	医療救護体制整備	災害拠点病院及び地域の基幹病院等に一時的患者の二次的、分な対応整備を依頼	愛知県医師会・救急医療情報センター	災害拠点病院・基幹病院	電話・FAX・無線・携帯・メール（優先）	ライフラインの点検・確保。医薬品、医療器材、食料などの確保・確保。治療工場の開設開始。患者受け入れ可能な急外来の準備	
25分後	地域連携	災害拠点病院及び地域の基幹病院との連携確認の依頼	愛知県医師会・救急医療情報センター	災害拠点病院・基幹病院	電話・FAX・無線・携帯・メール（優先）	地区医師会の医療活動支援及び地域の医療機関への応急用資器材の貸し出し準備	
30分後	体制整備	一宮市・岡崎市医師会に体制整備の要請	愛知県医師会・救急医療情報センター	一宮市・岡崎市医師会	一般電話・FAX・無線・携帯・メール（優先）	災害本部代行体制の準備	
40分後	体制整備	夜間・休日においても対応可能な体制の整備	地区医師会・医療機関	愛知県医師会・救急医療情報センター	電話・FAX・無線・携帯・メール（優先）	避難所、保健センター、休日急病診療所、県保健所等での救護活動の整備	
1時間後	医療救護打合せ	国、県、日赤、白衛隊等、医療救護にあたる機関との事前打合せ	国、県、日赤、白衛隊等	愛知県医師会・救急医療情報センター	電話・FAX・無線・携帯・メール（優先）	救護人員の派遣・物資等の提供。避難場所等の相互使用について	
1時間30分後	協力要請可能性通知	日本医師会及び中部医連下の各県医師会に協力要請の可能性を通知	愛知県医師会・救急医療情報センター	日本医師会・中部医連（各県医師会）	一般電話・FAX・無線・携帯・メール（優先）	応援車両の優先的通行や速やかな委員の配備	

風水害発生後の災害応急対策に係る状況付与

風水害発生後										
想定時間	2分後	3分後	5分後	10分後	15分後	20分後	30分後	1時間後	2時間後	3時間後
状況付与項目	災害対策本部設置	災害対策本部設置 (県医師会被災時)	連絡体制確立	被害情報収集	医療機関状況確認	情報提供	連絡・調整	支援・救護活動の把握	支援・救護活動	連絡・調整
状況付与内容	愛知県医師会災害対策本部を愛知県医師会災害対策本部に設置。	一宮市・岡崎市医師会に連絡し対策本部の代行依頼。	各地区医師会・災害拠点病院及び地域の基幹病院に連絡体制の確立を要請。	医療機関及びに地域の被災状況を収集。	患者の受入・転送・搬送情報の収集。	県内の医療機関情報提供。	国、県、日赤、自衛隊等、医療救護にあたる機関との事前打合せに基づく指示。	医療スタッフの派遣、医療資器材の供給、患者の受入、搬送等の情報収集。	医療スタッフの派遣、医療資器材の供給の依頼。	救助・派遣のための協議。
情報元	県災害対策本部	愛知県医師会・一宮市・岡崎市医師会	愛知県医師会・災害対策本部	県下医療機関	県下医療機関	愛知県医師会	愛知県医師会	県下医療機関	愛知県医師会	日赤・市町衛隊
付与先	愛知県医師会・一宮市・岡崎市医師会	一宮市・岡崎市医師会	災害拠点病院・各地区医師会	愛知県医師会	愛知県医師会	県災害対策本部	県下医師会	愛知県医師会	県下医療機関	愛知県医師会
伝達手段	行政無線・災害無線・携帯・FAX・メール	FAX・行政無線・災害無線・携帯・メール	Eメール・行政無線・災害無線・携帯・FAX・メール	Eメール・行政無線・災害無線・携帯・FAX・メール	Eメール・行政無線・災害無線・携帯・FAX・メール	FAX・行政無線・災害無線・携帯・メール	Eメール・行政無線・災害無線・携帯・FAX・メール	電話・行政無線・災害無線・携帯・FAX・メール	Eメール・行政無線・災害無線・携帯・FAX・メール	電話・行政無線・災害無線・携帯・FAX・メール
留意事項等	愛知県医師会長の判断で要請前に設置することもある。	尾三河部の諸情報の収集(岡崎市医師会)・名古屋部の諸情報の収集(富山市医師会)	被害状況により連絡方法を整理し、連絡体制を確立する。Eメール・SMSへの入力要請。	災害の発生状況、道路の状況、ライフラインの状況、復旧の見通し、死者の発生状況と原因。	転送を要する傷病者の状況。搬送に要する時間。派遣可能な医療スタッフ。	収集した医療機関情報を県災害対策本部へ提供。	被害状況に基づく救護人員・物資等の提供の調整。	来院する負傷者の人数。医療機能と対応能力。医療資器材。	医療支援の提供又は受入。傷病者の受入と治療。	救助・派遣が速やかに行われるよう連絡・調整を行う。

第6章 参考資料

1. 災害医療の用語集

圧挫症候群 crush syndrome

[定義]骨格筋が長時間の圧迫を受け、圧迫解除後に急速に現れる横紋筋融解症(rhabdomyolysis)とこれによって引き起こされるショックや急性腎不全などのさまざまな全身症状を呈する症候群を指す。震災、空襲、鉱山事故、古家崩壊、ビル爆破、観覧席の崩壊など、長時間(おおむね1時間30分以上)にわたり四肢体幹の動きが拘束されたり、重量物で骨格筋が圧挫されたりする外傷で生じる。

意識障害 consciousness disturbance

意識状態を正確に評価することは、傷病者の状態把握に大きな意義をもつ。

災害医学領域で有用と思われる分類法として、グラスゴー・コーマ・スケール Glasgow Coma Scale(GCS)は、国際的にもっとも広く用いられているもので、英国で急性期頭部外傷患者の評価のために考案された。3-3-9 度分類 Japan Coma Scale(JCS)は、日本で脳卒中の評価のために考案されたもので、国内では広く用いられているが、海外では知られていない。その他簡便な方法として、4段階のAVPU法がある。

<意識障害の分類法>

◎グラスゴー・コーマ・スケール Glasgow Coma Scale (GCS)

意識内容を以下の3つのカテゴリーに分類し、それぞれを独立して評価・採点する。そのうえで、合計点も計算する(最低は3点、最高は15点となる)。

開眼(eye opening:E)

自発的に 4

呼びかけにより 3

痛み刺激により 2

開眼しない(痛み刺激によっても) 1

言葉による応答(verbal response:V)

見当識あり 5

混乱した応答(見当識障害のある会話) 4

不適当な単語(文章として成立していない) 3

無意味な発声(うなり声、うめき声) 2

発声なし 1

運動による最良の反応(best motor response:M)

指示に従う 6

- 痛み刺激の部位に手足をもっていく 5
- 痛みで手足を引っ込める(上肢は肘関節を開いて屈曲) 4
- 上肢の異常屈曲(除皮質肢位。肘関節は閉じたまま) 3
- 四肢の異常伸展(除脳肢位) 2
- まったく動かさない 1

◎3-3-9度分類 Japan Coma Scale(JCS)

意識を、覚醒の程度に沿って評価する。

I. 刺激しないでも覚醒している状態(1桁で表現)

- 0. 意識清明
- 1. 大体意識清明だが、今ひとつはっきりしない
- 2. 見当識障害がある(周囲の環境[時、場所、人]がわからない)
- 3. 自分の名前、生年月日がいえない

II. 刺激すると覚醒する状態—刺激をやめると眠り込む(2桁で表現)

- 10. 普通の呼びかけで開眼する
(あるいは、合目的な運動[たとえば右手を握れ・離せ]をするし言葉も出るが、間違いが多い)
- 20. 大きな声をかける、または身体をゆさぶると開眼する
(あるいは、離握手などの簡単な命令に応じる)
- 30. 痛み刺激を加えつつ呼びかけを繰り返すと、かろうじて開眼する

III. 刺激をしても覚醒しない状態(3桁で表現)

- 100. 痛み刺激に対し、払いのけるような動作をする
- 200. 痛み刺激で、手足を動かしたり、顔をしかめる
- 300. 痛み刺激にまったく反応しない

異状死、検視、検案 unnatural death, postmortem, inspection

異状死(unnatural death)

自然死以外の全ての死を、異状死という。具体的には、外因死(不慮の事故死・自殺・他殺など)、死因の明らかでない死、死亡前後の状況に異常がある場合などを指す。医師は、異状死と判断・推定した時には、24時間以内に所轄警察署に届け出なければならない。災害や大事故での死亡は、ほとんどが異状死に該当するか、その可能性があるといえる。

検視(postmortem inspection)

異状死体の状況を、死体が犯罪に関係するかどうかを判断するために、検察官または警察官が見分すること。死体だけではなく着衣・携行品・周囲の状況などの調査も含まれる。

検案(postmortem inspection <by medical doctor>)

医師が、死因や損傷、死後の経過時間、個人識別などについての医学的判断を下すために、死体の外表を検査すること。警察が行う検視に引き続き、あるいは並行して行われる。検案の上で医師が発行する、ヒトの死を立証する書類が、死体検案書(certificate of death, death certificate)である。いっぽう、医師の管理下で病死した場合に発行されるのは、死亡診断書(certificate of death, death certificate)である。

核・放射線障害(Nuclear disaster)における被曝(Radiation exposure)・汚染(contamination)・除染(decontamination)

被曝(radiation exposure)とは、人体が放射線を受けることをいう。外部の放射線源(radioactive source)から放出される放射線にさらされるのが外部被曝(external exposure)である。放射性物質を飲み込む・吸い込む・傷口から吸収などした場合を内部被曝(internal exposure)という。

放射線源が密封されずに物質の表面に付着、または、環境中にバックグラウンド以上に存在するとき、汚染(contamination)があるという。

汚染には3種類ある。

- ①体の表面についている体表面汚染
- ②傷部に付着している創傷汚染(contamination associated wounds)
- ③呼吸による吸入などで放射性物質が体内に入っている体内汚染(internal radionuclide contamination)である。

これらの汚染を受けた人は、放射線源を取り除くまで被曝し続ける。汚染に対する根本的な対処法は、原因になっている放射性核種を除去することで、これを除染(decontamination)という。

汚染が認められたとき、まずそれ以上汚染が広がらないようにし、次にもっとも簡単で効率のいい方法で除染する。また除染に使った器材や洗浄水、汚染された人が脱いだ衣服、排泄物などもビニール袋やポリバケツなどに入れ、それらの容器に汚染を確定した日時を明記して個人ごとに保管する。これを汚染管理(contamination control)という。

放射線事故: radiation accident

放射線事故(radiation accident)とは、意図的ではない被曝や体表面汚染、体内汚染が起こることである。多くの場合、外傷や熱傷などを伴う。病院、研究所、非破壊検査工場、食品の放射線照射施設、原子力発電所(Nuclear Power Plant, Atomic Energy Plant)、再処理施設(reprocessing facility)、核燃料輸送、核物質貯蔵施設など、放射線を扱うさまざまな場所で起きる。

放射線事故のうち、放射性物質が環境中に流出したり、放置されたりして汚染や被曝が一

般の住民に及ぶ、あるいはその可能性が大きい場合、放射線災害(radiation disaster)と呼ぶ。

管理されている、またはされるべき放射性物質が、事故や不十分な管理などの原因で環境中に流出したとき、あるいはその可能性が高いときに医療支援を必要とする人々は、以下のような3つのグループに分けられる。

- i ただちに治療が必要な人
- ii 医学的なアドバイスやフォローアップを要する人々
- iii 屋内退避や避難などの放射線防護対策の対象となった住民や、放射線の健康影響に不安を抱く住民

iは、事故そのものに巻き込まれ外傷や熱傷などの救急疾患を合併していることが多い。医療施設などから治療用の線源や、工場などから非破壊検査用の線源が誤廃棄されたり、紛失したりした事故のときは、それらに接触した作業員や住民もこのグループに入る。

iiは、事故の処理や負傷者の救出などの作業に従事した作業員が主な対象である。

iiiは事故の起こった周辺の住民が主な対象となる。

被曝や汚染を受けた人の治療には、各人の被曝線量がどの程度なのかを推定する線量評価(dose evaluation)が必要である。放射線量測定(dosimetry)をする機器には、可搬型(ハンディタイプ)、据え置き型、個人用の線量計(dosimeter)がある。

線量評価の手順の原則は、血液や吐物、尿、便などの生体試料の収集、測定、分析と汚染部位の放射線の測定と分析、被曝や汚染の発生状況の把握、症状の発現時期、程度、内容の把握である。

救急蘇生法

Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care

急性の疾病や外傷により生命の危機に瀕している、もしくはその可能性がある傷病者に対して緊急に行われる手当、処置、治療などを意味する。

1)一次救命処置(Basic Life Support:BLS)

心肺停止に陥っている傷病者に対して一般市民でも実施できるもので、感染防護具とAED(Automated External Defibrillator:自動体外式除細動器)以外には特別な資器材を必要としない。

1. 心肺蘇生(Cardiopulmonary Resuscitation:CPR)：心臓マッサージのための胸骨圧迫、および人工呼吸を指す。
2. AEDなどを用いた電氣的除細動(電気ショック)
3. 異物で窒息した場合の気道異物除去

2) 二次救命処置(Advanced Life Support:ALSまたは, Advanced Cardiovascular Life Support:ACLS)

心肺停止に陥っている傷病者に対して、医療従事者が医療資機材や薬品を用いて行う、さらに高度なもの。

3) 応急手当(First Aid)

心肺停止以外の一般的な傷病に対して、その悪化を回避することを目的として市民により行われる最低限の諸手当のこと。圧迫止血法、頸椎固定、傷・やけどの手当、骨折・捻挫の手当、などが含まれる。

4) 救命の連鎖(Chain of Survival)

心肺停止に陥っている、あるいは切迫している傷病者を救命するには、

1. 応援や必要資機材(AEDなど)の迅速な手配
2. 心肺蘇生
3. 電氣的除細動(電気ショック)
4. 二次救命処置

の4つの要素が早期に実施されることが必要である。これらの要素を迅速かつ円滑に連携させようという概念を「救命の連鎖」と呼ぶ。

地震注意情報 Earthquake Advisory

大規模地震対策特別措置法(Large-Scale Earthquake Countermeasures Special Act)に基づき、大地震の前兆が観測された場合、切迫度に合わせて「観測情報(Earthquake Report)」「注意情報(Earthquake Advisory)」「予知情報(Earthquake Warning)」の3段階で国が情報を出す。現時点で対象になっているのは東海地震(Tokai Earthquake)だけ。

トリアージ Triage

トリアージ(Triage)は、治療(Treatment)、搬送(Transport)とともに災害現場医療支援活動における最も重要な3つのTのひとつである。傷病者に対して、医療スタッフ・救急隊員の数、資器材、搬送手段などの需給状態に不均衡が生じた場合に、限られた人的・物的資源を最大限に活用して最大多数の傷病者に最善の医療を提供しなければならない。このためには、救出、現場治療、搬送など各段階における優先順位を決定する必要がある。したがってトリアージとは、このような状況において傷病の緊急度や重症度を迅速に評価して優先順位決定を行うことである。

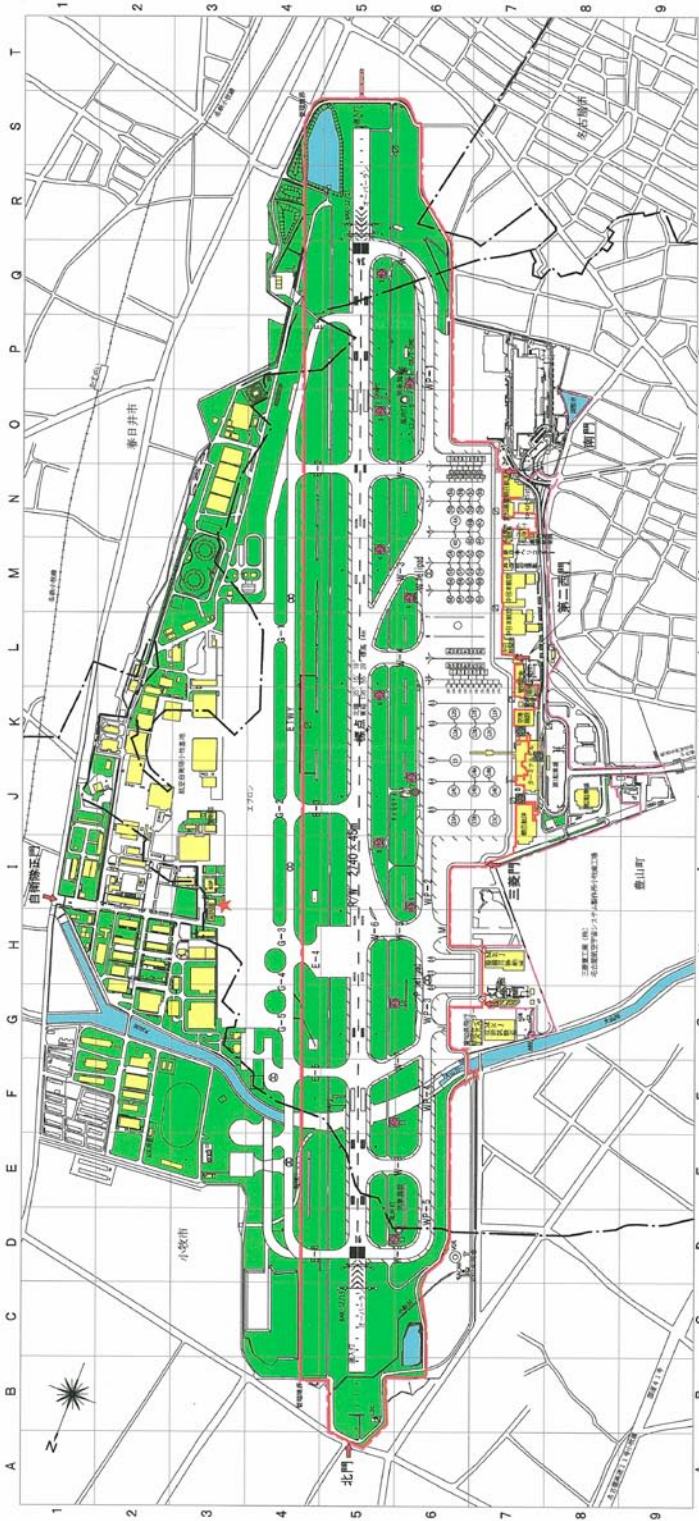
略語集

AED	自動体外式除細動器	Automated External Defibrillator
DMAT	災害派遣医療チーム	Disaster Medical Assistance Team
GCS	グラスゴー・コーマ・スケール	Glasgow Coma Scale
JMAT	日本医師会災害医療チーム	Japan Medical Association Team
EMIS	広域災害救急医療情報システム	Emergency Medical Information System
DMORT	災害死亡者家族支援チーム	Disaster Mortuary Operational Response Team

参考文献: 集団災害用語集、日本集団災害医学会 用語委員会 編

3. 名古屋飛行場グリッドマップ

名古屋飛行場グリッドマップ



凡例

- ⑩ スポット番号
- ① 小型機スポット番号
- ② ヘリコプター離着陸場所
- ← 緊急出入口
- ★ 消防車庫
- 有蓋貯水槽 (○内数字は容量m³)
- 屋外消火栓 (壁付式)
- + 標高位置
- 飛行場区域
- 立入制限区域
- 建物
- ▨ 滑走路、誘導路のシールドガーニー
- コンクリート及びアスファルト舗装 (緑色)
- 芝生地、草地及び荒地
- 河川及び水路
- 高圧キニュービクル
- オイルタンク
- 市町村界

(注) 1. 本グリッドマップの目録は2000年である。
 2. 敷地の形状は図面より簡略化してある。
 (例) Aの1、Bの2

計画機関 愛知県知事官公署航空対策課
 作業機関 中日航空株式会社 平成24年5月調査

4. 附属資料のご案内

愛知県医師会会員用ホームページの「救急関連＜愛知県医師会災害医療救護活動マニュアル＜第5版附属資料」に以下の附属資料が掲載されております。

会員用ホームページに掲載する附属資料については、追加・削除・変更等をする場合がございますのでご了承下さい。

- ・愛知県医師会無線システム中継局別一覧
- ・愛知県医師会災害時優先携帯電話配布先リスト
- ・地区医師会医療救護体制
- ・災害時における協定書
- ・愛知県医師会国民保護業務計画
- ・中部国際空港緊急計画
- ・愛知県名古屋飛行場緊急計画
- ・JMAT要綱（日医）
- ・救助・救急医療活動連携マニュアル（愛知県）
- ・愛知DMAT設置運営要領
- ・医薬品等供給対応マニュアル（愛知県）
- ・災害拠点病院一覧
- ・愛知県地域保健医療計画（災害保健医療対策抜粋）

平成25年3月現在掲載一覧

平成15年7月31日 発行
平成19年3月31日 改訂
平成21年1月7日 改訂
平成23年3月31日 改訂
平成25年3月29日 改訂

編集・発行 社団法人 愛 知 県 医 師 会
会長 柵 木 充 明
〒460-0008 名古屋市中区栄四丁目14番28号
電 話 〈052〉 241-4136 (代表)
F A X 〈052〉 241-4130

印 刷 駒 田 印 刷 株 式 会 社
