

日医発第 535 号(地 230)

令和 2 年 7 月 2 9 日

都道府県医師会長 殿

公益社団法人 日本医師会長

中 川 俊 男



平成 30 年度・令和元年度救急災害医療対策委員会報告書の送付について

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、本会の救急災害医療対策委員会では、「地域包括ケアシステムにおける救急災害医療のあり方について～2040 年に向けて～」 「災害医療について 1) JMA Tのあり方 2) マスギャザリング災害に備えた医療体制」につき検討を行ってまいりました。

この度、報告書が取りまとめられ、本職宛提出されましたので、参考までにお送りいたします。ご査収のほどよろしくお願い申し上げます。

救急災害医療対策委員会 報 告 書

令和2年6月

日 本 医 師 会
救急災害医療対策委員会

令和2年6月

公益社団法人 日本医師会長

横 倉 義 武 殿

救急災害医療対策委員会

委員長 山 口 芳 裕

本委員会は、平成30年10月24日開催の第1回委員会において、貴職から下記の事項を検討するように諮問を受けました。

これを受け、本委員会では、2年間にわたり検討を重ね、審議結果を次のとおり取りまとめましたので、ご報告申し上げます。

記

1. 地域包括ケアシステムにおける救急災害医療のあり方について～2040年に向けて～
2. 災害医療について
 - 1) JMATのあり方
 - 2) マスギャザリング災害に備えた医療体制

救急災害医療対策委員会

委員長	山口 芳裕（杏林大学医学部主任教授・高度救命救急センター長）
副委員長	松山 正春（岡山県医師会会長）
委員	秋富 慎司（防衛医科大学校救急部准教授）
〃	猪口 正孝（東京都医師会副会長）
〃	海老原次男（茨城県医師会副会長）
〃	加陽 直実（静岡県医師会理事）
〃	北村 龍彦（高知県医師会常任理事）
〃	鋤方 安行（大阪府医師会理事）
〃	小池 哲雄（新潟県医師会副会長）
〃	郡山 一明（救急振興財団救急救命九州研修所教授）
〃	坂本 哲也（日本臨床救急医学会代表理事 ／帝京大学医学部付属病院長）
〃	杉町 正光（兵庫県医師会理事）
〃	田名 毅（沖縄県医師会常任理事）
〃	田邊 晴山（救急振興財団救急救命東京研修所教授）
〃	登米 祐也（宮城県医師会常任理事）
〃	藤野 隆之（福岡県医師会理事）
〃	細川 秀一（愛知県医師会理事）
〃	村上美也子（富山県医師会副会長）
〃	目黒 順一（北海道医師会常任理事）
〃	横田 裕行（日本体育大学大学院保健医療学研究科長・教授）

救急災害医療対策委員会ワーキンググループ
地域包括ケアシステムにおける救急災害医療の
あり方について～2040年に向けて～

- 座長 小池 哲雄（新潟県医師会副会長）
- 委員 加陽 直実（静岡県医師会理事）
- 〃 北村 龍彦（高知県医師会常任理事）
- 〃 坂本 哲也（日本臨床救急医学会代表理事
／帝京大学医学部附属病院長）
- 〃 田邊 晴山（救急振興財団救急救命東京研修所教授）
- 〃 細川 秀一（愛知県医師会理事）
- 〃 松山 正春（岡山県医師会会長）
- 〃 村上美也子（富山県医師会副会長）
- 〃 目黒 順一（北海道医師会常任理事）
- 〃 山口 芳裕（杏林大学医学部主任教授・高度救命救急センター長）
- 〃 横田 裕行（日本体育大学大学院保健医療学研究科長・教授）

救急災害医療対策委員会ワーキンググループ

JMATのあり方

- 座長 猪口 正孝（東京都医師会副会長）
- 委員 秋富 慎司（防衛医科大学校救急部准教授）
- 〃 海老原次男（茨城県医師会副会長）
- 〃 鋤方 安行（大阪府医師会理事）
- 〃 郡山 一明（救急振興財団救急救命九州研修所教授）
- 〃 杉町 正光（兵庫県医師会理事）
- 〃 田名 毅（沖縄県医師会常任理事）
- 〃 登米 祐也（宮城県医師会常任理事）
- 〃 藤野 隆之（福岡県医師会理事）
- 〃 松山 正春（岡山県医師会会長）
- 〃 山口 芳裕（杏林大学医学部主任教授・高度救命救急センター長）

救急災害医療対策委員会ワーキンググループ

マスギャザリング災害に備えた医療体制

- 座長 山口 芳裕（杏林大学医学部主任教授・高度救命救急センター長）
- 委員 秋富 慎司（防衛医科大学校救急部准教授）
- 〃 猪口 正孝（東京都医師会副会長）
- 〃 坂本 哲也（日本臨床救急医学会代表理事
／帝京大学医学部付属病院長）
- 〃 田邊 晴山（救急振興財団救急救命東京研修所教授）
- 〃 横田 裕行（日本体育大学大学院保健医療学研究科長・教授）

目 次

I. 総括	1
II. 新型コロナウイルス感染症対策における医師会の災害医療対策	5
1. 新型コロナウイルス感染症時代の避難所マニュアル	5
2. 新型コロナウイルス感染症対策における JMAT 活動のスキーム	5
III. 地域包括ケアシステムにおける救急災害医療のあり方について	13
1. 人生の最終段階における救急医療と医師会活動	13
2. 医療現場の働き方改革と救急救命士の業務拡大	19
3. 地域包括ケアシステムと災害医療	22
IV. JMAT のあり方ワーキンググループ	24
1. 今期における JMAT 活動	24
2. JMAT 携行医薬品リストの更新及び資器材リストの作成	27
3. JMAT 研修プログラムの見直し	28
V. マスギャザリング災害に備えた医療提供体制ワーキンググループ	32
1. ワンストップ窓口事業に至った経緯（日本医師会救急災害医療活動）	32
2. ワンストップ窓口事業の概要	33
3. ワンストップ窓口事業：今後の課題	36
新型コロナウイルス感染症時代の避難所マニュアル	39
別掲	

I. 総括

1. 諸言

国家の公共性は、国民の生命を保障すべき公共的価値を実現する責務を負っている。公共性の主体は、かつて権威的拘束力ないし全包摂性格を有する国家が優越的であったが、国民ひとりひとりの位相について言えば、具体的に個の生命に働きかけそれを支える相互行為が行われる空間は親密圏たる「地域」であり、公共性はその「地域」においてこそ発現されるべきとの考え方が強まった。地域保健法（平成 6 年）や、地方分権一括法¹（平成 12 年）の制定もその流れの中に位置づけられると言える。

「地域」において展開される包括的なケアや介護は、いまや高齢者の生命を直接的に支える重要な次元であり、今期中に経験した大きな災害の際に展開された救急・災害医療においても、主体的な役割を果たしたのは「地域」の次元であると言える。

今期の「救急災害医療対策委員会」は、前期に継続する 2 つのワーキンググループに加え、2019 年に日本で開催されたラグビーワールドカップおよび 2020 年に発生した新型コロナウイルス感染症拡大に対して即応的かつ実効性のある対応を実現するために急遽設置した 2 つのワーキンググループを加え、4 つのワーキンググループにより精力的な活動を行った。これらのワーキンググループに共通する理念は、今日的に公共性の主体をなす「地域」において、地域医師会こそが地域全体の医療提供者を取りまとめる唯一の存在であり、自らと行政との円滑な関係を「触媒」として、多業種・多職種連携を推進していく強固な能力を有しているということである。

国および日本医師会は、国家の公共性における地域医師会の役割を高く評価し、施策を立案し遂行するべきであることを改めて認識されたい。

¹ 地方分権の推進を図るための関係法律の整備等に関する法律

2. 「地域包括ケアシステムにおける救急災害医療のあり方について ～2040 に向けて～ワーキンググループ」

救急搬送時に心肺蘇生を望まない人生の最終段階にある患者への対応方針について、国による標準化（ガイドライン作成）の意義を議論し、かかりつけ医機能の重要性を再確認するとともに、警察等の関係者の参画を得ること、ACP(Advanced Care Planning)を普及させていくことの重要性を確認した。

日本医師会には、患者が尊厳をもって最善の医療を受けられる体制づくりを目指し、知見を集積し、関係省庁と連携し、救急搬送時に心肺蘇生を望まない人生の最終段階にある患者に対する標準的な対応方針の作成に向けて検討を進めることを期待する。同時に、国の関連法規や制度の見直し、財政支援策の創成や改善等の環境整備に積極的に取り組むことを求める。

また、医療現場の働き方改革と救急救命士の業務拡大については、今後、救急救命士法の改正並びに関係省令の改正や通知の発出等が行われ、救急救命士の業務場所の拡大とそれに伴う教育体制やメディカルコントロール体制が整備されていく中で、これらの制度改正が医療現場に与える影響について地域格差を含めた検証を行っていくことが重要であると結論した。

3. 「JMAT のあり方ワーキンググループ」

多数の JMAT 派遣が行われた一方、前期の本委員会の報告書を踏まえ、平成 30 年 10 月より、日本医師会 JMAT が開始し、ワーキンググループでは研修プログラムの見直しが行なわれた。

今期は、豪雨・台風災害が短期間に集中的に発生し、降水量が観測史上 1 位を多数の地域で更新するなど被害が激甚化した。これに対し、多数の JMAT 派遣が行われたが、

平成 30 年西日本豪雨災害時の岡山県倉敷市真備地区への派遣を除けば、いずれも被災道県医師会が派遣する「被災地 JMAT」による活動で完結し、各都道府県医師会の災害対応力が向上していることが示された。

他方、新型コロナウイルス感染症の感染拡大のように、全く想定外の大災害が今後いつ起こらないとも限らない。その大きな被害の原因を“神々に帰さない（セネカ）”ために、日本医師会には、平時からいかなる事態に対しても即応できる体制を構築、充実させておくことを期待する。

4. 「マスギャザリング災害に備えた医療体制ワーキンググループ」

ラグビーワールドカップ 2019 の全国 12 の開催都市では、マスギャザリング対応を担う医師の現場活動を支える地方医師会に期待が寄せられた。しかし、突発的な医療需要の増大、とりわけ CBRNE テロについて、その専門家の僅少から、適当な指導・助言が受けられないことに地方医師会から不安がもたらされた。そこで、本ワーキンググループでは、基本教材を作成し教育・研修会を開催するとともに、特殊災害医療・救護に関して一元化した相談窓口（ワンストップ窓口）を開設し、マスギャザリング対応能力の向上と情報の連絡・共有体制の構築を図った。

結果、会場救護所等の現場で医療活動に従事する医師に対する効果的な後方支援活動との評価を得た。本邦初の取組みであったが、今後国内で開催される大規模イベントにも応用可能な基盤となるシステムを提示できたと考える。

5. 「新型コロナウイルス感染症対策ワーキンググループ」

新型コロナウイルス感染症について政府の緊急事態宣言が発せられる事態に至り、こうした状況において災害が発生し避難所を開設する場合には、感染症対策に万全を期することが重要となった。これを受け、平時の事前準備および災害時の対応の参考に資するよう、具体的な留意事項をできるだけ簡略に「ガイドブック」の形に取りまと

めた。なお、過去数年の甚大な水害被害が 6-7 月に集中していることから、作業時間が厳しく制限された。集中的なエフォートの要求に応えてくれた作業メンバーに謝意を表す。

6. まとめ

国家の公共哲学を議論し、百年後の子孫の安全のために人間の時間感覚を克服（寺田寅彦）して防災について熟考することは、日本医師会の委員会として適正なる活動姿勢である。しかし、今次のパンデミック感染症や激甚水害のような大きな災害時の医療が、国家的な事業として必ず結果を得る「責任倫理」の準則のもとに展開されなければならないものであるとするならば、公共性の一翼を担う日本医師会には、即応的かつ実効性のあるアクションを起こす責務がある。

今期の救急災害医療対策委員会の 2 つのワーキンググループは前者の活動を、残りの 2 つは後者の活動を担ってくれたものと総括する。

Ⅱ．新型コロナウイルス感染症対策における医師会の災害医療対策

1．新型コロナウイルス感染症時代の避難所マニュアル

新型コロナウイルス感染症について政府の緊急事態宣言が発せられる事態に至り、こうした状況下に災害が発生し避難所を開設する場合には、感染症対策に万全を期す必要が生じた。また、過去数年の甚大な水害被害が梅雨の時期に集中していることから、従来の3密を回避しえない避難所運営では深刻な感染拡大を招くおそれがあり、早急な対策が求められた。これを受け、救急災害医療対策委員会では、都道府県医師会を対象とした「新型コロナウイルス感染症時代の避難所マニュアル」を作成した。同マニュアルは、避難所における新型コロナウイルス感染症の拡大防止を目的とし、平時の事前準備に加え、新型コロナウイルス感染症の流行下における災害への備えや、避難所運営の注意点につき記載した。

マニュアルには資料として、避難所運営の際のサーベイランスに使用する「症候群サーベイランス用紙」と、「避難所における感染予防策」を付記した。

2．新型コロナウイルス感染症対策における JMAT 活動のスキーム

（1）ダイヤモンド・プリンセス号における活動

令和2年2月、横浜港沖に停泊中の大型クルーズ船「ダイヤモンド・プリンセス号」において、新型コロナウイルスの感染者が確認された。その後、船内での感染が拡大し、未発症の乗船者の健康管理等を目的に、国からの要請を受け、神奈川県医師会、横浜市医師会、川崎市医師会、東京都医師会、千葉県医師会の協力により、JMATの派遣を実施した。2月14日から2月20日までに重複計上で260名、実人数で146人を派遣した。船内で業務を行う際は、検疫官等としての補職発令がされ、非常勤の国家公務員としての身分が付与された。また、日本環境感染症学会の災害時感染制御支援チーム(DICT)の協力を得て、防護服の着脱法などの指導を受けたうえで活動を行った。JMATによるヘルスチェック(問診)は、乗客・乗員の早期下船にとって大きく寄与した。

なお、今回の派遣は、災害の被害を受けた「被災都道府県」という概念がないこと、原則として医師一名と看護職員一名を一組とすること、業務内容が乗客・乗員のヘルスチェック（問診）であること、JMAT 隊員の身分が検疫官等としての補職発令がなされて国によりその費用支弁も行われたことなどの点で、従前の JMAT 活動と異なる。

今回の派遣に際して創設された傷害保険は、その時点では我が国で唯一新型コロナウイルス感染症を対象とするものであり、その後、同年 4 月より開始する宿泊療養施設・地域外来・検査センター・医療機関等への JMAT 派遣にも活用された。また、各医師会・自治体による独自の医師等派遣時に加入した各社保険の創設の端緒となった。

今回のJMATの派遣概要

派遣元医師会

- ・神奈川県医師会（横浜市医師会、川崎市医師会）
（2月14日要請）
- ・茨城県医師会、埼玉県医師会、千葉県医師会、東京都医師会（2月16日要請）

指揮系統

- ・国からの要請。船内常駐の厚生労働大臣政務官等

JMATの身分

- ・検疫官等（医師・看護師・薬剤師は検疫官。「等」はそれ以外の職種を指す）：費用支弁、補償
- ・新型コロナウイルス感染症に対応したJMAT保険を急遽創設

JMATの構成

- ・原則医師 1 名・看護師（救急救命士）1 名のペア、午前・午後・17時
- ・事務職員：船内の者はJMATの誘導、船内外の連絡調整、厚生労働省との調整など

今回のJMATの派遣概要

JMATの活動の流れ

- 横浜大黒ふ頭客船ターミナル2に集合
- ターミナル内で感染防護策の説明→乗船
- 乗船口から本部へ（厚生労働省、DMAT、日赤、自衛隊等が詰める）
- PPEの着脱指導
- 厚生労働大臣政務官等によるブリーフィング（災害診療記録、J-SPEEDの説明含む）
- PPE装着の上で出発、各客室へ（クルーの場合は外来の場合あり）（問診等のヘルスチェック）
- 本部へ戻って災害診療記録を提出。厚生労働省によるチェック後、下船
（集合から下船まで4時間前後）

今回のJMATの役割 乗客（クルー）の下船に不可欠な役割

1組（原則、医師・看護師1人ずつ）につき約60名割当
9時、13時、19日より17時の3枠に分けて数組～10組で対応
一日当たりの診察数は約100名～1000人、合計約2900人（2月14日～2月20日）
乗客のヘルスチェックは18日中におおむね終了

JMATの
ヘルス
チェック



自衛隊
の
PCR検査



乗客の下船

2月19日～2月21日目途

ヘルスチェックで問題
がなく、PCR検査が陰
性かつ同室者も陰性

クルー
約1000人

※陽性患者は医療機関へ搬送

今回のJMATの派遣数

活動日		医師	看護師	その他	事務	(うち日医事務局)	計
2月14日 (金)	PM	9	10	0	8	(1)	27
2月15日 (土)	AM	5	9	0	7	(1)	21
	PM	14	0	0	7	(1)	21
2月16日 (日)	AM	10	9	0	10	(1)	29
	PM	9	8	0	8	(1)	25
2月17日 (月)	AM	2	0	0	9	(1)	11
	PM	14	2	0	9	(1)	25
2月18日 (火)	AM	4	4	0	9	(1)	17
	PM	7	3	0	10	(1)	20
2月19日 (水)	AM	9	8	0	10	(1)	27
	PM	12	8	1	12	(1)	33
2月20日 (木)	AM	2	0	1	1	(1)	4
計		97	61	2	100	12	260

注) 重複計上(同一人物が複数回参加している場合がある。特に事務職は、同一人物が連日参加した例がある)
 ※基本的にAMは9時集合、PMは13時集合。2月19日PMは13時の他17時に医師2名、救急救命士1名参加

(2) COVID-19JMAT

日本医師会は、令和2年3月30日、感染経路が不明の患者の増大等の状況変化を踏まえ、本委員会の東京都内の委員や東京都医師会との臨時の会議を開催し、都道府県医師会からの要請に基づくJMAT派遣についてのスキームの検討を行った。

その後、4月7日に本委員会の緊急打ち合わせ会として、JMAT派遣検討に関する会議を開催した。その結果、＜別添＞「新型コロナウイルス感染症対応におけるCOVID-19 JMAT派遣」の通り、各地域における新型コロナウイルス感染症対策としてのJMAT派遣のスキームを構築し、全国の都道府県医師会に周知し、派遣の検討とチーム編成を要請した。

今回のJMAT派遣は特例的なものであり、COVID-19 JMATと称する。また、JMATは、日本医師会防災業務計画における災害対策本部の決定により派遣する仕組みであるが、日本医師会新型コロナウイルス感染症対策本部をもって災害対策本部とみなすこととした。

COVID-19 JMATの派遣を受ける受援側に対しては、都道府県医師会ないし郡市区医師会である。そして、安定した体制として、コマンド&コントロールを担う拠点の整備、隊員全員に対するPPE等の感染予防に必要な装備の十分な提供及び着脱訓練の実

施（業務内容による）、行政による経費負担及び感染時の諸費用（休業補償等を含む）に関して必要な措置、派遣終了後の PCR 検査が必要な場合の実施、JMAT 隊員に対する精神的ケアの配慮、隊員の所属医療機関等の風評被害対策の実施（住民への啓発等）等を求めた。

今回の主な派遣先は、宿泊療養施設・地域外来・検査センター（地域医師会等が受託する PCR 検査外来。ドライブスルー方式等を含む）・発熱外来・院内感染が発生した医療機関等である。

ダイヤモンド・プリンセスにおける派遣と同様、原則として医師 1 名ないし少数と看護職員少数による組み合わせ、あるいは医師 1 名のみ及び事務職員が基本であるが、薬剤師その他の職種の参加も見られる。令和 2 年 6 月 3 日現在、医師 1,326 名、看護職員 1,271 名、薬剤師 33 名、その他の医療関係職種 161 名、事務職員 924 名であり、合計 3,715 名である（延べ数）。

新型コロナウイルス感染症対応における COVID-19 JMAT 派遣

2020 年 4 月 7 日

公益社団法人 日本医師会

1. JMAT の派遣は、日本医師会防災業務計画上、日本医師会災害対策本部による決定が必要。

- 日本医師会新型コロナウイルス感染症対策本部をもって、日本医師会防災業務計画における災害対策本部とみなす。
- 今回の JMAT 派遣は特例的なものであり、COVID-19 JMAT と称する。

2. 派遣の根拠

- 厚生労働省事務連絡「新型コロナウイルス感染症の患者数が大幅に増えたときに備えた入院医療提供体制等の整備について」（令和 2 年 3 月 19 日、同年 3 月 26 日改訂）

IV. 医療従事者の確保

○ 新型コロナウイルス感染症に対応する医療提供体制整備については、医療機関及び病床の確保のみならず、医療従事者の確保が重要である。医療従事者の確保については、新型コロナウイルス感染症患者に対応する医療従事者だけではなく、他の疾患の診療を行う医療従事者の確保も行うことが重要である。このようなことから、各医療機関におけるこのような医療従事者の把握に努めるとともに、地域の診療所など一般の医療機関に勤務している医療従事者の派遣や、現在、医療機関に従事していない医師、看護師、臨床工学技士等の把握と臨時の職務復帰による医療従事者の確保策についても予め検討しておくこと。

- 新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針(案) 三 新型コロナウイルス感染症対策の実施に関する重要事項 (4) 医療 ②
地域の診療所など一般の医療機関に勤務している医療従事者の派遣を検討すること。

3. COVID-19 JMAT の派遣に向けた条件

- 派遣先となる都道府県医師会からの要請に基づく。
- COVID-19 JMAT の派遣を受ける受援側において、下記のような点について安定した体制を構築することが重要。今回の派遣先の都道府県行政等に対し、同様の対応を要請。

- ✧ COVID-19 JMAT に対するコマンド & コントロールを担う拠点の整備、派遣先都道府県医師会等との連携
 - ✧ COVID-19 JMAT 隊員全員に対する PPE 等の感染予防に必要な装備の十分な提供及び着脱訓練の実施（業務内容による）
 - ✧ 経費の負担とともに、COVID-19 JMAT 隊員が新型コロナウイルス感染症に感染した場合の諸費用（休業補償等を含む）に関して必要な措置
 - ✧ 派遣終了後の PCR 検査が必要な場合の実施
 - ✧ JMAT 隊員に対する精神的ケアの配慮
 - ✧ JMAT 隊員の所属医療機関等の風評被害対策の実施（住民への啓発等）
- 日本医師会においては、ダイヤモンドプリンセス号における JMAT 派遣と同様、全ての COVID-19 JMAT 隊員（職種不問）を、新型コロナウイルス感染症にも適応する傷害保険（死亡・後遺障害、入院、外来）の被保険者とする。
- なお、日本医師会より派遣先の都道府県医師会に対し、当該都道府県行政が最終的に保険料（の一定額）を負担するよう調整を要請する。
- 病院グループ内病院間、関連病院間または知り合い等の病院間の支援のための医師等の派遣については、原則として COVID-19 JMAT とはしない取り扱いとする。

4. COVID-19 JMAT の派遣先・業務

- 都道府県医師会からの要請に基づく派遣（当該医師会において調整を行い、具体的な派遣先を決定する。）
- ✧ 軽症者や無症状者の受入施設（宿泊施設等）やその健康管理部門等への派遣
 - ✧ 帰国者・接触者外来、行政や地域医師会等が設置した仮設診療所等への派遣

※当面の業務は上記 2 点とする。以下は、状況の変化等に応じて検討する。

- 他の患者を引き受けるため、急激に人的リソースが低下した医療機関への派遣
- 新型コロナウイルス感染症患者を受け入れる医療機関への派遣

5. COVID-19 JMAT の編成

- チームの編成
- ✧ 他地域の医師会が編成・派遣をする「支援 COVID-19 JMAT」
 - ✧ 当該都道府県医師会自らが派遣する「被災地 COVID-19 JMAT」

- 当面は、下記の者による構成を基本とする。
 - ◇ 無症状者や軽症者に対応する者（医師、看護職員等）
 - ◇ ロジスティクスを担う者（業務調整員、事務職員）

※参考資料

- 新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針（令和２年３月２８日 新型コロナウイルス感染症対策本部決定）
- 「新型コロナウイルス感染症に係る消防機関と保健所等との連絡体制の構築等について」（令和２年２月２８日 消防庁消防・救急課、消防庁救急企画室事務連絡）
- 地域で新型コロナウイルス感染症の患者が増加した場合の各対策（サーベイランス、感染拡大防止策、医療提供体制）の移行について（令和２年３月１日 厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部）
- 「新型コロナウイルス感染症が疑われる者の診療に関する留意点について」（令和２年３月１１日 厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部）
- 「新型コロナウイルス感染症の患者数が大幅に増えたときに備えた入院医療提供体制等の整備について（改訂）」（令和２年３月２６日 厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部事務連絡）
- 「新型コロナウイルス感染症に係る入院医療提供体制等の整備への対応について（依頼）」（令和２年３月２６日 消防庁救急企画室）
- 「新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養及び自宅療養の対象並びに自治体における対応に向けた準備について」（令和２年４月２日 厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部事務連絡）
- 「新型コロナウイルス感染症の軽症者等の宿泊療養マニュアル」の送付について（令和２年４月２日 厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部事務連絡）
- 「新型コロナウイルス感染症患者が自宅療養を行う場合の患者へのフォローアップ及び自宅療養時の感染管理対策について」（令和２年４月２日 厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部事務連絡）
- 「新型コロナウイルス感染症対策における医師会の救急・周産期医療提供体制の考え方について」（令和２年４月３日付 日本医師会）
- 「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）について」（自衛隊中央病院）
- 「医療機関における新型コロナウイルス感染症への対応ガイド第２版改訂版（ver2.1）（日本環境感染学会）

Ⅲ. 地域包括ケアシステムにおける救急災害医療のあり方について

～2040 年に向けて～ワーキンググループ

1. 人生の最終段階における救急医療と医師会活動

本ワーキンググループにおいては、地域包括ケアシステムと救急医療との関係を中心に検討してきた。特に令和 2 年 2 月に開催した会合では、日本医師会の介護保険・地域包括ケアシステム主担当役員も招いて議論を行った。

本ワーキンググループにおける「人生の最終段階における救急医療」の対象患者は、総務省消防庁「救急業務のあり方に関する検討会 傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生の実施に関する検討部会」（以下、消防庁検討部会）と同様、事前に心肺蘇生を望んでいない意思を表示していた患者であって、家族等が 119 番通報した心肺停止状態にある者である。

すなわち、かかりつけ医が、救急隊から連絡が来たときに初めて患者の意思を考えるケースではなく、すでにアドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning：以下、ACP）によりコンセンサスが得られて患者の意思が決まっており、救急隊に対し、心肺蘇生の中止と不搬送の指示や助言を伝えるというケースである。

まず、以下の通り事象等と課題を整理する。

事象、関係者の役割	課 題
・ 患者が心肺停止の状態にある	最終的な意思確認をすることができない状況
・ 救急現場等において	患者・家族の自宅か、介護施設等か
・ 患者の「家族等」が、患者自身が心肺蘇生を望んでいないと知っていながら、119 番通報を行い、救急搬送を要請	・ 「家族等」の意味 ・ 介護施設の場合は職員が搬送要請
・ 患者のもとに到着した救急隊が、「家族等」から、「患者本人は、心肺蘇生を望んでいない」と伝えられる	・ 上記同様「家族等」の意味 ・ 家族と患者との関係、家族間での齟齬 ・ 救急隊は、搬送要請された以上、心肺蘇生をしなければならないという職務とのジレンマ ・ 救急隊から医師への連絡
・ 多くの場合、医師の臨場はなく、事	・ かかりつけ医はどう対応すべきか

前に患者の意思が共有されているわけではない救急隊が連絡を取り、指示を求める医師：患者のかかりつけ医、メディカルコントロール（以下、MC）医師	・かかりつけ医であれば、いかなる医師であっても、心肺蘇生をしないよう指示することが求められるのか ・MC医師はどのような立場で、どう対応すべきか
・地域医師会（郡市区医師会、場合によっては都道府県医師会）	・地域包括ケアシステムの構築において救急医療体制をどのように位置付けるか、救急搬送機関にどう関わってもらうか ・ACPの国民、患者・家族、医療・介護従事者に対する普及啓発 ・心肺蘇生時のかかりつけ医への連絡体制 ・都道府県・地域MC協議会における活動、MC医師の養成・確保協力 ・患者の意思に沿った心肺蘇生の実施に関する指針、ガイドライン策定への関わり
・日本医師会	・患者の意思に沿った心肺蘇生の実施に関する全国的な方針・ガイドラインの策定を進めていくべきか、進めるとすれば、いかなる考えの下にどのように行うべきか

日本医師会は、人生の最終段階における医療を含め、これからも「かかりつけ医」を中心とした地域医療・地域包括ケアシステムを構築、発展させていくべきである。

本委員会では、過去に、広義のメディカルコントロール体制として「医療統括」体制を提唱してきた²。地域医師会（本稿では郡市区医師会、場合によっては都道府県医師会）が、救急搬送、介護・福祉事業者、行政等の関係者を取りまとめ、ACPも含め、かかりつけ医機能を基軸とした在宅患者、人生の最終段階にある患者の受入体制を整備していくことである。

心肺停止状態となった患者本人の事前の心肺蘇生をしないことを求める指示と救急隊との関係性についても同様である。消防本部が指示への対応方針を定めるに当たっては、広義のMC体制、すなわち医療統括体制の下で行われなければならない、地域医師会は重要な役割を担う。日本医師会においても、医師会としての指針を示すと共に国

² 前々期報告書（平成28年3月）：「救急搬送体制に限らず、救急医療やその後の医療、地域連携や地域包括ケアシステムにおける、安全で適切な医療や介護の提供のための医師の統括体制で、医療に携わるあらゆる職種を対象とする」という広義の「メディカルコントロール」を今後の医療・介護体制の重要な要素として考えていくべきであるとし、メディカルコントロール体制の日本語呼称として「医療統括体制」を提案した。

の関連制度や財政支援策の設計や運用、それらの改善等の環境整備に積極的な取り組みをすることが求められる。

医師会として取り組むべきこととして、かかりつけ医の役割の重要性を住民や関係者に啓発し、かかりつけ医機能を強化していくことが、第一義に掲げられる。そのうち、人生の最終段階における救急医療との関わりでは、次のような点が考えられる。

- 地域包括ケアシステムの構築・充実・発展
- 人生の最終段階への関与を含めた在宅医療を担う医師の養成
- 搬送先選定困難事案の相当程度を高齢者が占める課題の解決のために設立された八王子市高齢者救急医療体制広域連絡会（八高連）のような、行政等とともに地域の関係者からなる協議体の組織・運営
- ACP の国民、患者・家族や医療・介護従事者に対する普及啓発 等

また、本委員会では、かかりつけ医は専門分野や当該患者との関係性において多様であり、さらに 24 時間 365 日間の対応が必要となる場合もあるため、必ずしも全てのかかりつけ医に、救急隊に対して心肺蘇生をしないことを指示する役割を求めるべきではないとの意見が大勢を占めた。

そうした意見を踏まえ、日本医師会も消防庁検討部会に臨み、同検討部会報告書には、かかりつけ医全員ではなく、「患者の人生の最終段階における医療・ケアに携わっていれば」という条件をつけた上で、そのような医師であれば、患者の病歴や生活状況、意思の内容、行うべき医療・ケアの内容等をよく知っており、患者の状態や病状を評価し医学的な観点と併せて心肺蘇生の中止の対応判断をすることができる旨が記述された。

他方、消防庁検討部会報告書では、救急隊がかかりつけ医等に連絡が取れない場合はオンライン MC 医に連絡を取り、対応について指示を受けることもできると想定しつつ、オンライン MC 医は、「通常は当該傷病者を診療しているものではないことから、かかりつけ医等と同様の役割を果たすことは一般的には難しいと考えられる。」としており、本ワーキンググループも同じ方向性である（消防庁検討部会報告書では、広島市消防局・埼玉西部消防局では、単にかかりつけ医等に連絡を取るだけでなく、必要に応じてオンライン MC 医と相談しながら、状況に応じた丁寧な対応を行っているこ

とに留意すべきであるとしている)。

今後に向けて

本ワーキンググループでは、救急搬送時に心肺蘇生を望まない人生の最終段階にある患者への対応方針について、全国的、標準的なものを作成することの意義を議論し、かかりつけ医機能の重要性を再確認するとともに、警察等の関係者の参画を得ること、ACP を普及させていくことも重大な要素であることを確認した。

(1) 全国的な対応方針（ガイドライン）とかかりつけ医機能

消防庁検討部会では、全国の消防本部を対象として実態調査を行った。その結果、全体の 54.4%にあたる 396 消防本部で、「救急現場等で、傷病者の家族等から、傷病者本人は心肺蘇生を望んでいないと伝えられる事案」への対応方針を定めていない一方、332 消防本部では定めており、うち 201 消防本部で傷病者本人の心肺蘇生を拒否する意思表示を伝えられても、心肺蘇生を実施しながら医療機関に搬送する方針とし、100 消防本部は医師からの指示等の下に心肺蘇生を実施しない、または中止する方針としているとのことであつた。

また、この検討部会報告書では一部の消防本部における方針内容例を紹介したが、全国への対応は千差万別であり、救急現場の実態が十分に明らかになったとは言えないとして統一方針を示すことなく検討を終えた。その後に発出された令和元年 11 月 8 日付総務省消防庁通知では、同報告書を踏まえ、今後の方向性として、各地域での検証を通じた事案の集積、知見の集積をしていく中で、将来的には、国民の意見の動向や人生の最終段階における医療・ケアに関する取り組み状況を見ながら、救急隊の対応の標準的な手順等の検討を進めていくべきであるとした。

このような流れの中、東京消防庁では、令和元年 12 月より、救急搬送時に心肺蘇生を望まない患者への対応について、蘇生中止の判断基準を新たに設けて運用を開始した。患者が成人であること、人生の最終段階にあること、事前に ACP で心肺蘇生を望まない意思を示していること、容体が本人の意思決定時に想定された症状と合致することを条件とし、救急隊が心肺停止の確認、心肺蘇生の実施と並行した情報聴取から

本人が心肺蘇生を望んでいない意思があったことを示され、かかりつけ医やその連携医に連絡が取れて指示を受けたとき、心肺蘇生の中止及び不搬送とし、かかりつけ医等に引き継ぐこととされている。さらに、警察側とも調整を行い、心肺蘇生を中止して患者をかかりつけ医等や家族等に引き継ぐ場合、現場への警察要請は行わないとのことである。

東京消防庁の対応方針の策定は、各地に大きな影響を与えることが見込まれるが、この方針において重要な役割を果たすのが、やはり、かかりつけ医機能とそれを支える地域医師会である。東京消防庁方針でも平成 25 年 8 月の「医療提供体制のあり方―日本医師会・四病院団体協議会合同提言―」におけるかかりつけ医の定義をよりどころとして、かかりつけ医やその連携医への連絡が優先事項とされている。

かかりつけ医に連絡が取れない場合については、10 回コールを複数回という考え方もあれば、一定時間かけ直し続ける、訪問看護師から連絡をしてもらうなど様々な考え方はあるが、ICT の活用も検討していくべきである。

次に、対応方針の策定の前提条件と言えるのが警察の理解である。東京消防庁の対応方針策定にあたっては、あくまでも死亡診断はかかりつけ医が行うことが大前提であると丁寧に説明したところ、理解を得られたとのことである。地域医師会、特に都道府県医師会が、救急搬送機関や保健医療行政当局と連携し、警察当局への説明と理解を促進していくことが、地域における救急搬送時に心肺蘇生を望まない人生の最終段階にある患者への対応方針の必須条件であり、全国的、標準的な方針に不可欠な要素といえる。

さらに、メディア、法曹界、尊厳死協会、在宅医療関係者等の様々な立場の者の参画を得て対応方針を議論することが、対応方針の策定とその後の運用の成功に結びつくと思われる。

以上、日本医師会としては、患者が尊厳をもって最善の医療を受けられる体制づくりを目指し、地域での知見を得て、総務省消防庁や厚生労働省など関係省庁と連携し、地域における救急搬送時に心肺蘇生を望まない人生の最終段階にある患者への全国的、標準的な対応方針（ガイドライン）の検討がなされることを期待する。

（２）地域包括ケアシステムと地域 MC 体制

全国的、標準的な対応方針には、まずは、かかりつけ医機能を中心とした地域包括ケアシステム、ACP の普及推進が必要である。

特に、地域医師会の役割として、かかりつけ医となる医師への ACP の理解促進、会員への対応方針の周知徹底、患者の家族や介護施設等に対して 119 番通報ではなくかかりつけ医や訪問看護ステーションに連絡するよう啓発を行っていくこと、下記の通り救急搬送機関や介護・福祉事業者等の関係者を取りまとめていくこと、対応方針が、大都市圏と地方とのかかりつけ医と患者との関係性や在宅基盤整備状況の相違など地域の実情に応じたものとなるよう関与することが挙げられる。

なお、心肺蘇生を望まない意思を表示している場合であっても、その時が来たとき、家族が混乱や家族間の不一致などで 119 番通報をしてしまうことは当然起こりうることである。ACP を作成する過程で、かかりつけ医も関わり、患者本人と家族が十分に時間を掛けて話し合っていくことで、119 番通報を減らすことにつながる。

次に、消防庁検討部会報告書でも言及されているとおり、郡市区医師会も参画する地域 MC 協議会等において、在宅医療や介護関係者、そして警察の参加も得るなど、人生の最終段階における医療・ケアの取組状況、在宅医療や高齢者施設での対応の状況等も勘案した議論、また、DNAR 指示事案に関する事後検証も必要である。

さらに、広義の MC 体制、具体的には「八高連」のように地域医師会が地域の関係者を取りまとめ、かかりつけ医機能を基軸とした在宅医療の基盤を整備していくことが全国的に重要である。そのためには、マンパワー、医療・介護連携の進捗、在宅基盤整備の地域差があるなかで、先進地域の取り組みをどのように落とし込んでいくべきか、都道府県医師会、日本医師会が、地域医師会と行政とが「車の両輪」となった連携体制を、国民・患者・家族への啓発活動とともにサポートしていくことが必要である。

最後に、消防庁検討部会報告書や関係通知では、消防機関においても、地域包括ケアシステムに関する議論の場に参画していくことを求めている。各地域医師会に対しても、消防機関との連携を一層深めるとともに、地域包括ケアシステムへの関与について、一層の協力を要請しなければならない。

2. 医療現場の働き方改革と救急救命士の業務拡大

厚生労働省の救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会「救急救命士の資質活用に向けた環境の整備に関する議論の整理」（令和2年3月19日）（以下、「厚生労働省検討会議論整理」）により示された救急救命士の業務拡大（場所の拡大）は、医師の働き方改革におけるタスクシェアリング・タスクシフティングに関わる論議より導き出されたものであり、地域包括ケアシステムに直接関わるものではない。

しかしながら、救急救命士の業務場所を医療機関内へ拡大することは、超高齢社会の進展により、特に大都市圏で高齢者が大幅に増加することが見込まれ、医療の需要が高まることも想定される中、救急外来で救急医療の専門職として従事する人的リソースを確保することであり、時代に即した対応といえる。

（1）過去の本委員会における審議経緯

本委員会では、平成22年3月に「救急救命士の業務の場所の拡大に関する『提議』」を取りまとめ、当時の日本医師会担当役員が厚生労働省「救急救命士の業務のあり方等に関する検討会」に提出し、救急救命士の業務場所の拡大についての議題提起を行った。その内容は、①救急隊（消防機関）の救急救命士が、患者搬送先医療機関で「救急救命処置」を行うこと、②救急救命士（専門学校卒、大学卒）が、救急医療機関に就業し、自院内で「救急救命処置」を行うことの2点について、それらの是非を問うたものである。

次に、前々期委員会報告（平成28年3月）では、「地域医療構想等により機能分化が進められているが、高齢者等の日常的な生活を支える『水平連携』に対し、救急医療の必要性に応じる『垂直連携』はその一翼を担う。」とした。さらに、地域の限りある医療資源を効果的に配分できる「専門性」を具備した医師が、「医療統括体制」を担うとして、病院救急車を活用した地域高齢者搬送システムの紹介（東京都）をはじめ、超高齢社会と救急蘇生、救急救命士・救急搬送の今後の課題などの各論についても述べた。

（2）厚生労働省検討会議論整理について

厚生労働省検討会議論整理では、病院前における医療提供を充実させるという救急

救命士の制度趣旨より、法律上、救急救命士が行う救急救命処置は、場所、対象者、内容等が制限されているとの整理を行った。その上で、救急医療の現場における具体的な救急救命士の資質活用方策として、下記欄のとおり提案した。

救急医療の現場における具体的な救急救命士の資質活用方策

- 「病院前」から延長して「救急外来まで」においても、救急救命士が救急救命処置を可能とする。
- 「救急外来」で救急救命処置の対象となる傷病者は、救急診療を要する重度傷病者とする。
- 実施可能な救急救命処置は、救急診療を要する重度傷病者に対して安全に医療を提供できるという観点から、厚生労働省通知「救急救命処置の範囲等について」（平成 26 年 1 月 31 日医政指発 0131 第 1 号）で規定される処置内容とする。

また、医療機関に就業する救急救命士の資質及び当該救急救命士が行う業務の質を担保する仕組みとして、以下を整備することを各医療機関に求める方針とする。

- 救急救命士の資質及び救急救命士が行う業務の質の担保を目的として、院内委員会を設置し（既存の院内委員会を活用することも可能）、救急救命士に対する研修体制等を整備すること。
- 医療機関に所属する救急救命士に対して、医療機関就業前には、医療安全、感染対策、チーム医療に関する研修を必須とし、救急救命処置行為に関する研修等を研鑽的に行うこと。

厚生労働省としては、上記を実行するために、必要であれば救急救命士法の改正も含めた手続きを行うことを検討する。

また、

- ・救急救命士の需給について検討すべき
- ・救急医療における救急救命士を含めた他職種連携のあり方を引き続き議論すべき
- ・救急医療の現場が混乱しないように、救急救命士の運用方法のガイドライン等を策定すべき
- ・地域 MC 協議会と医療機関で構築する院内委員会等との関係性をどのように整理するのか

などの論点については、本検討会における引き続きの検討事項とする。

出典：厚生労働省の救急・災害医療提供体制等の在り方に関する検討会
「救急救命士の資質活用に向けた環境の整備に関する議論の整理」（令和 2 年 3 月 1 9 日）より

（３）本ワーキンググループにおける検討

本ワーキンググループでは、基本的には救急救命士の医療機関内への業務場所の拡大について肯定する方向であったが、それには、教育体制やメディカルコントロール体制の整備を前提とすることで一致した。

また、「一般開業医の立場でみた場合、医療現場は医師と看護職員であって救急救命士が院内で働くというイメージが湧かず、救急救命士の有資格者であるから看護職員

と同等の行為が可能であるという考え方は時期尚早である。」、「指揮系統として看護職員と救急救命士をどう使い分けるかが分からない」、「多くの地域は、病院が多数の救急救命士を雇用し、病院救急車などで成果を上げている東京と状況が異なる」、「『医師がいない場所で何ができるか』というコンセプトで作られた資格であり、院内ではなく、病院前、例えば大型テーマパークで救急救命処置を行える救護スタッフとして活躍できるようにするなど、非消防の救急救命士をもっと普及させるべき」、「救急救命士は、救急ということを背景として教育を受け、技能、技術、知識を身につけているため、病院で活躍するとすれば、救急外来、あるいは RRS (Rapid Response System) であろう」といった意見が出された。

これらの意見への一部回答としては、厚生労働省検討会議論整理で示された、前述の引き続きの検討事項のうち、「救急医療における救急救命士を含めた他（多）職種連携のあり方」、「救急医療の現場が混乱しないような救急救命士の運用方法のガイドライン等の策定」、「地域 MC 協議会と医療機関で構築する院内委員会等との関係性の整理」が該当すると思われる。

また、教育体制について、議論整理では、必須研修としては医療安全、感染対策、チーム医療を、研鑽的に必要な研修としては救急救命処置行為に関する研修、医行為に該当しない事務作業等を掲げている。更に、地域包括ケアシステム時代を鑑み、地域における医療・介護連携を加えることを提案した。

医療機関に雇用される救急救命士が直接在宅医療や介護の現場に従事する例は少ないと思われるが、医療・介護資源に限られる中、院内外での他（多）職種連携、役割分担といった地域連携を十分理解してもらう必要性はある。

（４）今後に向けて

今後、救急救命士法第 44 条第 2 項等の改正、並びに関係省令の改正や通知の発出等が行われ、救急救命士の業務場所の拡大と、それに伴う教育体制やメディカルコントロール体制が整備されていく。

重要なのは、これらの制度改正が医療現場に与える影響を、地域格差も含めて適宜検証していくことである。

さらに、救急救命士養成施設（大学、専門学校等）の卒業生約 1200 名のうち消防組

織などへの就職が約 60%で、多くの者が救急救命士としての本来の資質を有効に活用できない現状を鑑みると、厚生労働省検討会議論整理でも検討事項とされた「救急救命士の需給」は大きな課題である。消防機関に就業できない救急救命士が多くいるから業務場所の拡大を行ったとの偏見を持たれないためにも、需要に見合った供給体制について、しっかりとした議論を行っていく必要がある。

3. 地域包括ケアシステムと災害医療

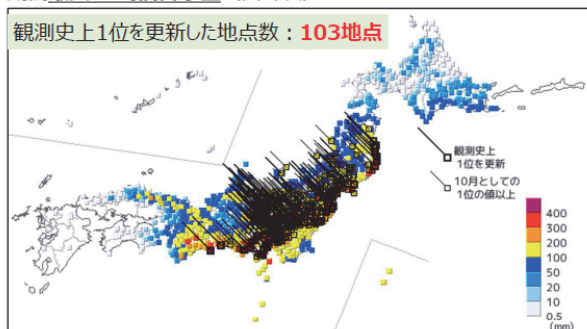
本ワーキンググループにおいて議論する時間が十分確保することはできなかったが、今期（平成 30 年度・令和元年度）は、豪雨・台風災害が短期間に集中的に発生し、かつその被害も降水量が観測史上 1 位を多数の地域で更新するなど激甚化した。

一つ一つの豪雨災害は局地的であったとしても、一定期間内に多発して発生すれば、支援も十分に行きわたらず被害の深刻化・長期化を招きかねない。ましてや、令和元年台風 15 号に続く台風 19 号被害のように、都道府県域を超えて史上最大規模の被害を立て続けにもたらすことも十分想定される。

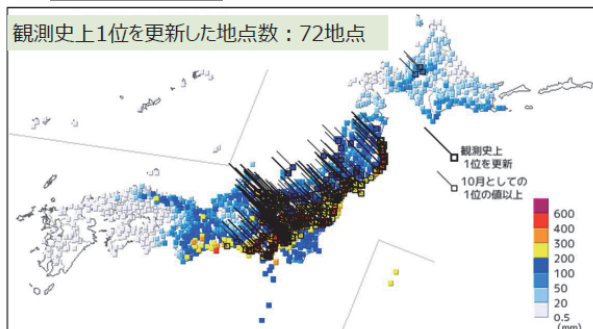
「令和元年台風第19号」と「平成30年7月豪雨」との比較

令和元年台風第19号 (令和元年10月10日～10月13日)

■期間最大24時間降水量 (アメダス)

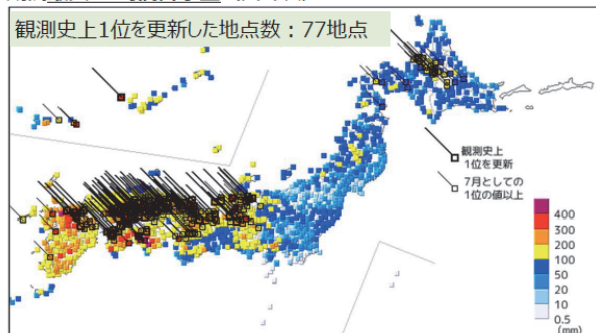


■期間最大48時間降水量 (アメダス)

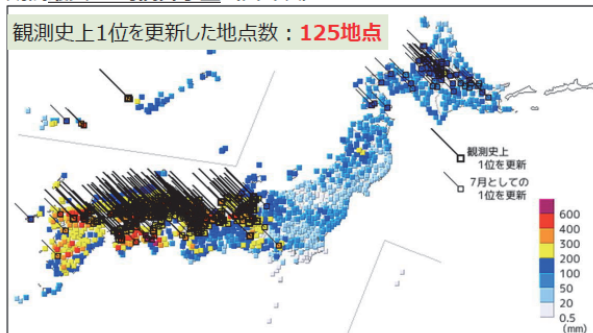


平成30年7月豪雨 (平成30年6月28日～7月8日)

■期間最大24時間降水量 (アメダス)



■期間最大48時間降水量 (アメダス)



令和元年台風第19号等による災害からの避難に関するワーキンググループ資料

国は、避難情報等に「高齢者等避難開始」を追加し、避難に時間のかかる高齢者等の要配慮者を早期避難させるなどの措置を講じ、また、横倉会長が委員を務める中央防災会議の下部組織「防災対策実行会議」の令和元年台風第 19 号等による災害からの避難に関するワーキンググループは、「避難行動要支援の名簿情報は、災害発生時において、地元医療機関や、現地に参集して避難先や在宅避難の要配慮者に対応する医療・保健・福祉チームにとっても有用であることから、都道府県・市区町村医療・保健・福祉部局や地域医師会等の参画も得ながら、災害発生時に、地域医師会等に即座に提供される仕組み等、名簿情報の有効活用策についても検討するべきである。」とするなど、災害時要配慮者対策の充実が進められている。

医師会活動についても、例えば、平成 30 年西日本豪雨災害における岡山県真備地区への JMAT 派遣では、初の派遣となった統括 JMAT のもと、岡山県医師会による被災地 JMAT 及び各地からの支援 JMAT が出動し、その後、地元医師会に引き継がれた。また、令和元年の台風 19 号被害では、被災県医師会による被災地 JMAT で対応が完結し、他県からの支援 JMAT の派遣を要しなかったことは、各都道府県医師会の災害対応力の向上の証左と言える。

他方、新型コロナウイルス感染症の感染拡大を踏まえ、6 月以降の豪雨・台風災害や予測不能な地震災害時の避難所過密化が懸念されている。内閣府においても、通知「避難所における新型コロナウイルス感染症への対応について」、関係事務連絡や参考資料等を示し、さらに、防災基本計画を改定し、避難所における新型コロナウイルス感染症を含む感染症対策を記載するなど対策を講じている。

日本医師会もまた、被災地の感染症対策等により保健衛生を確保することも含め、有識者の情報提供、助言、提言を受ける体制をとるべく、本年 6 月 1 日付で防災業務計画を改正したところであるが、さらなる対策を講じていくよう求める。

最後に、本ワーキンググループにおける救急救命士の業務場所の拡大に関する検討に当たっては、本会を含む関係学会・団体によって構成する「消防機関以外に属する救急救命士の業務の質の向上と活用に関する協議会」の“救急救命士が医療機関で業務する必要性と課題解決のための提言”³を重要参考文献とさせていただいた。

³ https://www.jaam.jp/info/2019/pdf/info-20191119_1.pdf

IV. JMAT のあり方ワーキンググループ

1. 今期における JMAT 活動

今期は、本委員会が第1回目を迎える前に行われた平成30年西日本豪雨災害及び平成30年北海道胆振東部地震を含め、多数の JMAT 派遣が行われた。そのうち、平成30年西日本豪雨災害時の岡山県倉敷市真備地区への派遣を除けば、いずれも被災道県医師会が派遣する「被災地 JMAT」による活動で完結し、各都道府県医師会の災害対応力が向上してきたことが評価される。

他方、豪雨・台風災害の連続・集中発生と激甚化、地震の多発に加え、過密空間となる避難所等での新型コロナウイルス感染症等の感染拡大懸念を考えれば、課題はまだ残されている。

平成30年10月12日に研修や災害時の相互協力協定を締結した日本災害医学会、また、ダイヤモンド・プリンセス号を含む新型コロナウイルス感染症対策における JMAT 派遣（COVID-19JMAT）に際して協力をいただいた日本環境感染学会等の関係学会との連携を深めていくことを期待する。

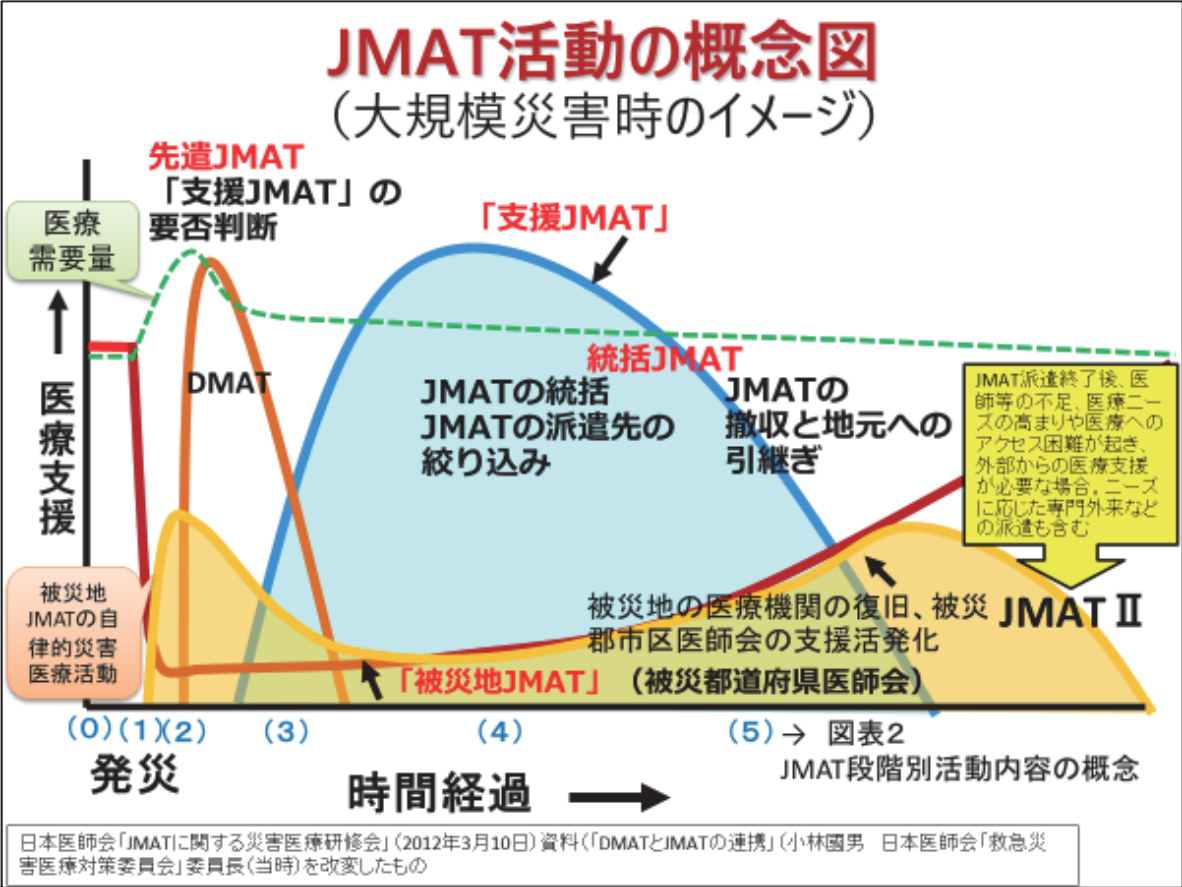
日本医師会は、令和2年6月1日付で防災業務計画を改正した。その主な内容は、政府の南海トラフ地震防災対策推進基本計画の変更を踏まえたもの（気象庁より南海トラフ地震臨時情報（巨大地震警戒）ないし同（巨大地震注意）が発表された場合の1週間の警戒態勢）、そして、新型コロナウイルス感染症の教訓をもとに「被災者の生命や健康を守り、被災地の感染症対策等により保健衛生を確保し、被災地の医療や地域包括ケアシステムの再建に資すること、また JMAT の派遣等の災害医療支援業務に参考にすることを目的として、様々な領域の有識者から、臨床医学や他の学問分野についての科学的、学術的な視点に基づく有用な情報提供、助言、提言を受ける。また、必要に応じて有識者で構成する会議を設置する等の措置を講じる。」とするものである。

次の大規模災害では、感染症や CBRNE 災害、さらには現時点では全くの想定外の被害が起こらないとも限らない。いつ、いかなる事態が発生しても、日本医師会として即応できるよう、平時から体制を構築、充実させていくことを期待する。

（1）チャート見直し

JMAT 活動の理念は、災害時においても地域の医療を提供するべく、自ら医療支援を

行うとともに、受援のため活動をする被災地医師会と全国の医師会による協働作業であり、被災した地域医療の復興を目指すためのものである。今期の検討の結果、JMAT活動における被災地の医師会活動、とりわけ被災地 JMAT の位置づけを高めるため、従前の JMAT 活動の概念図（大規模災害時のイメージ）を下図の通り見直し、令和 2 年 1 月 13 日の JMAT ロジスティクス編研修より採用することとした。



※ 主な変更点は、「医療需要量」、「被災地 JMAT の自律的災害医療活動」、「支援 JMAT」と「被災地 JMAT」の明確化である。

(2) 今期の JMAT 派遣実績

	派遣概要
平成 30 年 7 月 豪雨災害	平成 30 年 7 月に主に中国地方で発生した豪雨災害に対し、岡山県、広島県、愛媛県において、JMAT 活動を実施した。そのうち、広島県は同県医師会による「被災地 JMAT」としての派遣であり、愛媛県は、同県医師会による 2 チームが被災地に派遣されて調査を実施した結果、JMAT による支援は不要と判断された。岡山県では、同県医師会からの要請により、日本医師会では、7 月 12 日から被災地外の都道府県による JMAT 派遣を開始した。その際、最初の統括 JMAT として兵庫県医師会チームを派遣した。7 月 8 日（事後登録分

	を含む) から 8 月 23 日まで、251 チーム、延べ 1,029 人を派遣した。
北海道胆振東部地震	平成 30 年 9 月 6 日に北海道胆振東部地方で発生した地震は、北海道全域で停電になるという想定外の事態が発生した。発災当初から、日本医師会では、北海道医師会と連絡を取るとともに、同医師会による JMAT 派遣を実施した。9 月 7 日に、長瀬同医師会長をリーダーとする先遣 JMAT が苫小牧市等に出動し、JMAT 活動のニーズ等を把握した。その上で、9 月 9 日から 24 日まで、43 チーム、延べ 246 人の JMAT を派遣した。
① 令和元年九州北部大雨災害	令和元年 8 月下旬に九州北部地方で発生した集中豪雨による災害に対し、佐賀県において、JMAT 活動を実施した。佐賀県は同県医師会による「被災地 JMAT」として、9 月 3 日から 9 月 8 日まで、12 チーム、延べ 46 人を派遣した。
② 令和元年台風 15 号被害	令和元年 9 月上旬に発生した令和元年台風 15 号は、観測史上最強クラスの勢力で関東地方に上陸し、千葉県を中心に甚大な被害を出した。日本医師会では、千葉県医師会と連絡を取るとともに、同医師会による JMAT 派遣を実施した。9 月 13 日から 9 月 16 日まで、10 チーム、延べ 19 人を派遣した。
③ 令和元年台風 19 号被害	令和元年 10 月 6 日に発生した台風 19 号は、関東甲信越地方や東北地方を中心に広い範囲で記録的な大雨となり、各地に被害が発生したため、要請のあった宮城県、福島県、茨城県、栃木県、千葉県において、JMAT 活動を実施した。10 月 12 日から 11 月 22 日まで、67 チーム、延べ 258 人を派遣した。
※ダイヤモンド・プリンセス号への派遣を含む新型コロナウイルス感染症対策としての JMAT 派遣については、別稿において述べる。	

(3) 今後に向けて ～JMAT 活動と新型コロナウイルス感染症等の感染対策～

今回の新型コロナウイルス感染症対策における JMAT 活動については別稿で述べるが、今後は、地震や豪雨・台風災害等の JMAT 派遣時の感染対策が重要となってくる。

JMAT 要綱では、JMAT 隊員の安全確保は、JMAT 活動上の優先事項とし、必要に応じた予防接種、派遣の取りやめ・撤回の決断等を掲げている。来季の本委員会における JMAT 研修の検討にあたっては、基本編、統括 JMAT 編、ロジスティクス編、地域医師会 JMAT コーディネーター編のいずれにおいても感染対策に焦点を置くことを望む。

同時に、日本医師会に対しては、関係学会等との連携を強化し、JMAT 隊員にとって安全で安心できる環境を確保し、災害医療支援活動に専念できるよう努めることを求

2. JMAT 携行医薬品リストの更新及び資器材リストの作成

【JMAT 携行医薬品リストの更新及び資器材リストの掲載場所】

http://www.med.or.jp/doctor/sien/s_sien/002049.html

27

3. JMAT 研修プログラムの見直し

前期の本委員会において JMAT 研修プログラムを検討した結果、基本編、統括 JMAT 編及び地域医師会 JMAT コーディネーター編の3編として JMAT 研修要綱を定め、研修の標準化を図ったところである。

今期は、それらの研修が各地で開催されてきた。特に、日本医師会主催研修は、平成30年10月に基本編研修、また同年11月より翌年3月まで3回に分けて統括 JMAT 編研修が実施された。とりわけ基本編研修については、上記平成30年10月研修を言わばプロトタイプとして各都道府県医師会等で実施された。

事前に日本医師会に個別のプログラム案を提出して指定手続きを取り、研修後に日本医師会長名による修了証を発行していくことで、研修の標準化を進めることができた。

今期においては、ワーキンググループを数次にわたって開催し、研修プログラムの見直し及びロジスティクス編研修プログラムの策定等について検討を行った。また、JMAT 研修の e ラーニングシステム“JMAT-e”を構築した。

日本医師会による統括 JMAT 編研修は令和元年10月22日（日本医師会館）、11月3日（愛知県医師会館）に実施し、また、ロジスティクス編研修は令和2年1月13日（千葉県医師会）に実施した。基本編研修は、令和2年3月1日（宮城県医師会館）に実施する予定であったが、新型コロナウイルス感染症の感染拡大を受けて中止とした。

来期以降では、日本医師会主催研修としては未実施である「地域医師会 JMAT コーディネーター編」を行い、プログラムの改善を図っていくことを求める。



JMAT研修プログラム



基本編

- ・災害時、被災地内外から派遣されるJMAT（日本医師会災害医療チーム）として、一体的・組織的な医療支援活動を行えるようにする。
- ・被災地のコーディネート機能に従って、適切な災害医療活動が行えるよう、災害医療に関する基本的な知識・知見を身につける。また、自地域で災害が発生した時は、地域防災計画や所属医師会のマニュアル等に従って、「被災地JMAT」としての活動を迅速に行えるようにする。

統括JMAT編

- ・災害時、被災地内外から派遣されるJMAT（日本医師会災害医療チーム）として、一体的・組織的な医療支援活動を行えるようにする。
- ・統括JMAT（先遣JMAT機能を含む）として、被災地の都道府県医師会・郡市区医師会との緊密な連携のもと、被災地の情報の把握・評価、日本医師会や全国の医師会への情報発信、被災地に派遣されたJMAT（状況によっては他の医療チーム）の統括や支援（ロジスティクス）、医療及び公衆衛生上の支援ニーズの判断等を行えるようにする。

地域医師会JMATコーディネーター編

- ・自地域の災害体制づくりへの参画、要配慮者対策、防災行政における医療の位置づけの向上を図ることができるようにする。
- ・被災地の地域医療や地域包括ケアシステムの災害対応力向上、早期復旧、JMAT活動の体制づくりを行えるようにする。
- ・災害発生時には被災地JMATや受援側としてコーディネート機能を担えるようにする。

ロジスティクス編

- ・災害時、JMAT（日本医師会災害医療チーム）またはJMATの派遣／受入を担う医師会活動において、被災地の医師会や都道府県保健医療調整本部・地域拠点との関係を構築し、地域拠点におけるミーティングの調整、J-speed使用、支援・受援、生活環境の確保、必要物品の確保等、運営・庶務担当としてロジスティクスの役割を果たすことができるようになる。

（１）基本編研修

基本編研修においては、前期のプログラムの一部を見直し、下表のとおりとした。

- ・講義「JMAT 総論」の時間短縮（60 分を 30 分に）
- ・実習「本部機能」のロジスティクス編研修への移行
- ・実習「情報の共有・記録」に、災害診療記録の作成実習の追加

別掲 1 参照

（２）統括 JMAT 編研修

統括 JMAT 編研修においては、前期のプログラムの一部を見直し、下表のとおりとした。

- ・講義「統括 JMAT 総論」の時間短縮（60 分を 30 分に）

別掲 2 参照

(3) JMAT ロジスティクス編研修

学習目標を「災害時、JMAT、または JMAT の派遣／受入を担う医師会活動において、被災地の医師会や都道府県保健医療調整本部・地域拠点との関係を構築し、地域拠点におけるミーティングの調整、J-SPEED 使用、支援・受援、生活環境の確保、必要物品の確保等、運営・庶務担当としてロジスティクスの役割を果たすことができるようになる。」とし、プログラム等は下表のとおりとした。

別掲 3 参照

（４）JMAT 研修 e ラーニングシステム“JMAT-e ”の構築

今期末、JMAT 研修の e ラーニングシステムとして、JMAT-e を構築した。過去の研修の録画動画、テキスト、確認テストを主な内容とし、日本医師会だけではなく、都道府県医師会においても独自の研修に活用できる仕組みとなっている。

なお、JMAT-e は、令和 2 年 6 月に本格的な運用を開始し、日本医師会主催研修では 3 月 1 日の JMAT 研修基本編研修（宮城県医師会館）の講義の一部で実施予定であったが、新型コロナウイルス感染症の感染拡大により延期となった。

新型コロナウイルス感染症への対策が一定程度収束した後、現場の意見を反映するなど、令和 2 年度以降の有効活用、及び次期本委員会における改善に向けた検討を期待する。

<JMAT-e>

The image displays the JMAT-e learning system interface and a disaster medical response flowchart.

JMAT-e Learning System Interface:

- Course List (コース一覧):**
 - オリエンテーション (Orientation):**
 - オリエンテーション 講義 (Lecture) - 学習時間: 00:00:00
 - オリエンテーション 配布資料 (Materials) - 配布資料: 00:00:00
 - 災害医療概論 (Disaster Medical Overview):**
 - 災害医療概論 講義 (Lecture) - 学習時間: 00:00:00
 - 災害医療概論 配布資料 (Materials) - 配布資料: 00:00:00
 - 災害医療概論 確認テスト (Confirmation Test) - テスト: 00:00:00
 - JMAT総論 (JMAT General Overview):**
 - JMAT総論 講義 (Lecture) - 学習時間: 00:00:00
 - JMAT総論 配布資料 その1 (Materials 1) - 配布資料: 00:00:00
 - JMAT総論 配布資料 その2 (Materials 2) - 配布資料: 00:00:00
 - JMAT総論 確認テスト (Confirmation Test) - テスト: 00:00:00
 - JMAT総論 確認テストの解説 (解説) (Explanation of Confirmation Test) - テスト: 00:00:00
 - 情報の共有と実際 (Information Sharing and Actuality):**
 - 情報の共有 講義1 (Lecture 1) - 学習時間: 00:00:00
 - 情報の共有 講義2 (Lecture 2) - 学習時間: 00:00:00
 - 情報の共有 講義3 (Lecture 3) - 学習時間: 00:00:00
 - 情報の共有 講義4 (Lecture 4) - 学習時間: 00:00:00
 - 情報の共有の意義 配布資料 (Significance of Information Sharing Materials) - 配布資料: 00:00:00
 - 情報の共有と実際 確認テスト (Information Sharing and Actuality Confirmation Test) - テスト: 00:00:00
 - 救護所の運営 (Disaster Relief Center Operation):**
 - 救護所の運営 講義 (Lecture) - 学習時間: 00:00:00
 - 救護所の運営 配布資料 (Materials) - 配布資料: 00:00:00
 - 救護所の運営 確認テスト (Confirmation Test) - テスト: 00:00:00

- Course Selection (コース選択):**
- コース一覧 / (マスター) 基本編 / JMAT総論 / 確認テスト
- Question 1 (問1):**

下記のうち、JMATのあり方として正しい文を選べ。(複数選択可)

- ☐ JMATは、被災者の生命及び健康を守り、被災地
- ☐ JMATは、被災地の医師会と全国の医師会による
- ☐ JMATは、医療の提供という直接的な活動にとどまらず、広範囲に及ぶ役割を担う。
- ☐ JMATは、被災地のコーディネート機能の下で活
- Question 2 (問2):**

JMAT活動の概念図として、下図のa、b、cに当てはまるものを、下の空欄に記入してください。

Disaster Medical Response Flowchart (災害医療等における対応(イメージ)):

- 災害発生 (Disaster Occurs)**
 - 急性期 (Acute Phase):** 緊急医療 (Emergency Medical Care)
 - 亜急性期 (Subacute Phase):** 医療機関における体制確保支援 (Support for Ensuring System in Medical Institutions)
 - 慢性期 (Chronic Phase):** 救護所等における健康管理 (Health Management in Disaster Relief Centers, etc.)
- 被災地での対応 (Response in Disaster Area):**
 - 自衛隊 (Self-Defense Forces)
 - DMAT (災害派遣医療チーム) (Disaster Medical Assistance Team)
 - 日赤看護班 (Red Cross Nursing Class)
 - 支援体制 (Support System)
 - 被災地 JMAT (Disaster Area JMAT)
- 被災医療機関の復旧 (Recovery of Disaster Medical Institutions):**
 - 支援 JMAT (被災地外からのチーム) (Support JMAT (Team from Outside Disaster Area))
 - JMAT II
 - AMAT (全日本病院協会災害時医療支援活動班) (All Japan Association of Hospital Disaster Medical Support Activity Class)
 - DPAT (災害派遣精神医療チーム) (Disaster Medical Assistance Team for Mental Health)
 - DHEAT (災害時健康危機管理支援チーム) (Disaster Health Crisis Management Support Team)

V. マスギャザリング災害に備えた医療提供体制ワーキンググループ

ラグビーワールドカップ 2019 への取組（ワンストップ窓口、大規模イベント医療・救護ガイドブック等）の総括

1. ワンストップ窓口事業に至った経緯（日本医師会救急災害医療活動）

日本医師会では、救急災害医療対策委員会が中心となって、ラグビーワールドカップ 2019 に向けたマスギャザリング対応能力の向上および情報連絡・共有体制の構築を推進してきた。以下にその主な活動を挙げる。

- ① マスギャザリング対応能力の向上を目指したワーキングペーパーの作成（日医総研）
ー王子野麻代、出口真弓（日本医師会総合政策研究機構）：ラグビーワールドカップ 2019 開催地における CBRNE テロ災害対策の現状把握調査．日医総研ワーキングペーパー No. 431．令和元年 6 月 17 日．
- ② 令和元年度都道府県医師会救急災害医療担当理事連絡協議会を通じた日本医師会情報共有手段の構築推進
ー「マスギャザリング災害（CBRNE テロ含む）対策セミナー～ラグビーワールドカップ 2019 に向けて～」日本医師会館小講堂．令和元年 7 月 25 日．
- ③ 大規模イベント医療・救護ガイドブックの監修・編集

これらの成果も踏まえ、全国各地で開催されるラグビーワールドカップ 2019 の医療需要に備えて、医師会員を中心としたマスギャザリング対応を担う現場活動を支える医師会機能に期待が寄せられた。特に、CBRNE テロについてはその専門家の僅少から、適当な相談窓口がないことが課題と考えられた。そこで、日本医師会では「ワンストップ窓口」事業を執り行った（通知については別掲 4 参照）。

2. ワンストップ窓口事業の概要

ワンストップ窓口事業では、特殊な災害の医療救護対応について救急・災害医療の専門家に相談できる「一元化された」窓口を設置し、その運用を行った（図1）。

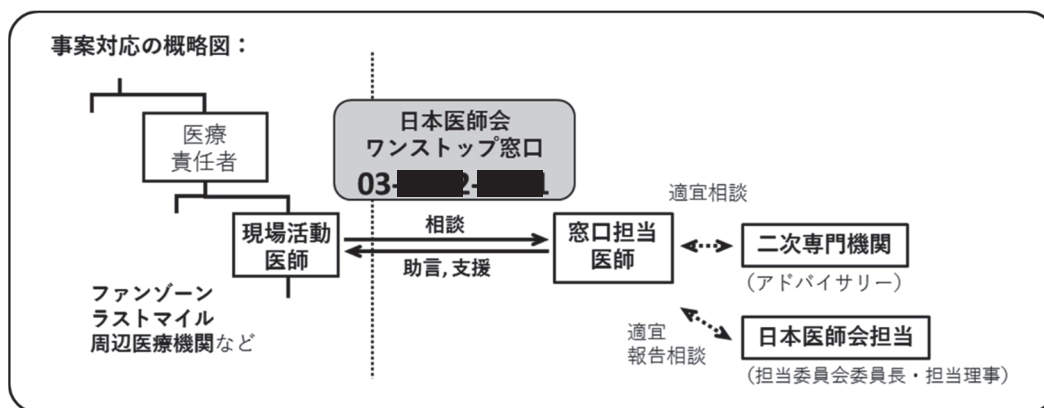


図1 日本医師会「ワンストップ窓口」事業の対応概略図

関係機関： 一次窓口を救急・災害医療専門家が、二次窓口を特殊災害の専門領域別専門家が担当した（図2）

- 一次窓口：3 高度救命救急センター
 - 杏林大、帝京大、日本医科大
- 二次窓口：5 二次専門機関
 - 放医研、感染研、感染疫学センター
中毒情報センター、産総研
- 12会場都市

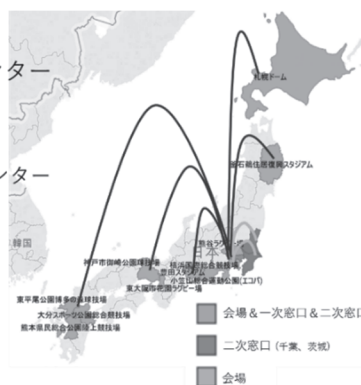


図2 一次、二次窓口を含む関係機関

日程： 令和元年 9 月 20 日～令和元年 11 月 2 日（計 26 日間）
 試合数 計 48 試合（うち 2 試合は台風で中止）
 一次窓口担当医療機関の分担一覧は図 3 および別掲 5 の通り
 緑・・・杏林大学医学部附属病院高度救命救急センター
 橙・・・帝京大学医学部附属病院高度救命救急センター
 青・・・日本医科大学附属病院高度救命救急センター

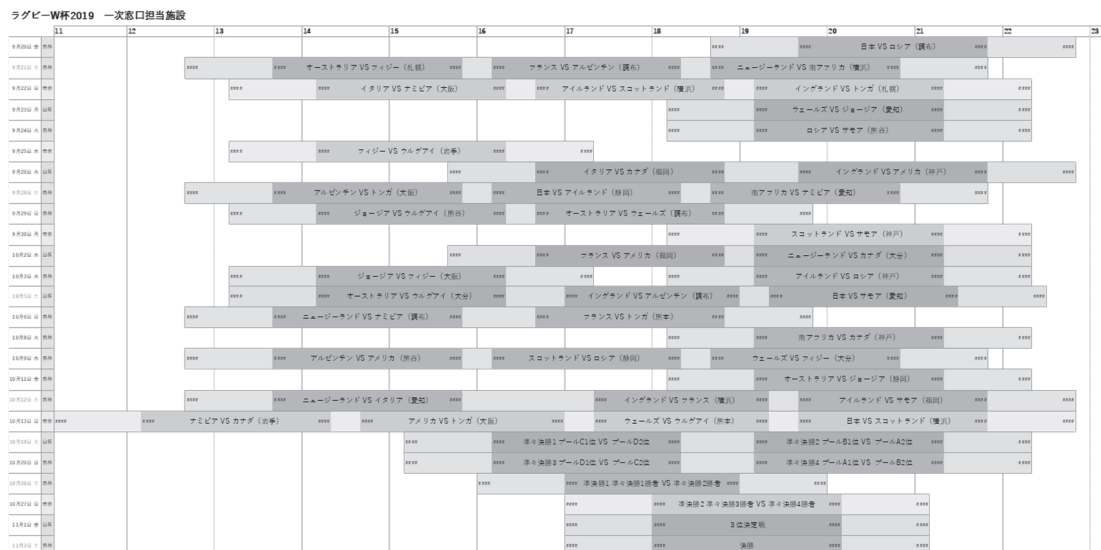


図 3 日程一覧

対象事案： 特殊災害が疑われるときとして、以下のような例を提示した
 一核・放射性物質、生物剤、化学物質、爆発物などによるテロ行為の情報
 一爆発物や放置物の情報および異常な音や臭いを伴う事案の発生
 一短期間に同一症状で複数の傷病者が発生
 一稀な症状や原因不明の疾患が発生
 一消化器症状、呼吸器症状、皮膚・粘膜症状等を呈する傷病者が複数発生
 （この際、オーバートリージは許容することとした）

活動概要： 試合開始 1 時間前から試合終了 1 時間後まで待機し、上記対象事案が発生して現場から相談を受けた際に以下の活動を行うこととした
 一初動対応機関および現場上位者への事案発生報告の確認と誘導
 一初動対応（処置、除染、拮抗薬など）の指導および助言
 一専門的な判断が必要な際の二次専門機関への取り次ぎ

これらの活動内容をまとめた手引き（別掲 6）を作成し、一次窓口担当

医師向け資料として担当施設に配布した。また、日本医師会から専用の携帯電話を貸与した。「大規模イベント医療・救護ガイドブック」の携行を推奨し、テレビやインターネット、専用携帯電話以外の連絡ツール等の環境を整えるよう依頼した。

活動結果： 各窓口担当施設で専用の記録用紙（別掲 7）に活動内容の記録を依頼した

- ー待機状況… 26 日間・46 試合（全 48 試合中 2 試合が開催中止）
- ー総待機時間… 192 時間
- ー相談件数… 0 件
- ーその他… 毎日新聞による取材対応（図 4）



図 4 「ワンストップ窓口」事業の毎日新聞記事（一部引用・改変）

3. ワンストップ窓口事業：今後の課題

本事業は国内初の取組みであったため、今後同様の事業を実施する際に検討材料となるよう課題を整理した。

① 窓口電話に関連して

一次窓口の連絡先として、専用の電話番号を利用した。これを各担当施設に貸与した専用携帯電話に転送する形をとった（図5）。よって当該事案以外の連絡が入り得るため、各担当施設の専用携帯電話は毎日電源を切る必要があった。確実な転送設定および担当施設間の連携等を考慮すると、当該事業の連絡先は日常的には使用しない番号を利用できるとよかった。

また、今回は多くの二次窓口（二次専門機関）担当者が、個人の電話番号で事業に対応して頂くこととなった。二次窓口担当施設に対しても、専用携帯電話を貸与できることが望ましいと考えられた。

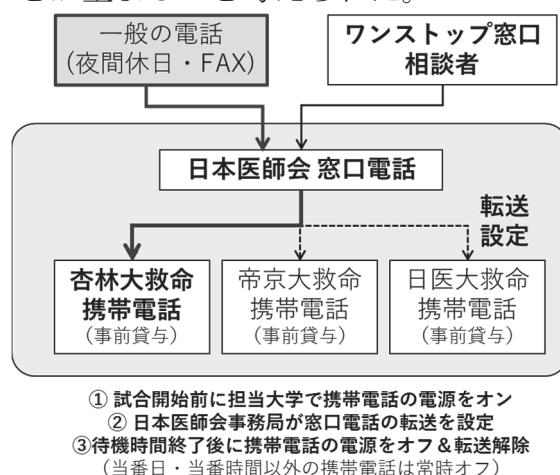


図5 窓口にかかってくる電話の流れ

② 情報収集体制について

本事業では、一次窓口担当者の情報収集手段をテレビ放送に頼る形となった。

担当施設によっては、地上波以外の放送が確認できず、イベント進行状況の確認が困難な場合もあった。窓口事業の一環としての視聴環境の整備支援を含め、大会主催者側とのコミュニケーション体制の確保や、会場医療責任者との情報共有・連絡体制の構築は今後の課題と考えられた。

③ 今後の本事業の応用可能性について

良かった点として、一次窓口・二次窓口ともに国内有数の専門機関・専門家に協力を得て実施することができた。そのことで、ラストマイルや近隣医

療機関を中心とした医療従事者に対する特殊災害のバックアップとして、一定水準の機能性を持った活動となった。

一方で、イベント主催者側との協力体制および会場内との連携を図ることができなかった。会場内で特殊災害が発生した場合には、対応可能な機能を有していても、体制上は支援活動を行うことはできなかったと考えられる。

今後、同様の事業を実施する場合には、事前にこれらの会場医療サービスも対象にイベント全体を包括した相談システムとすることが期待される。

今回、大規模イベント開催時における一元化された特殊災害医療・救護相談窓口を開設し、円滑に運用することができた。現場医療従事者の活動に対する後方支援として、効果的な活動であると考えられた。本邦初の取組みであったが、活動の対象範囲や準備について改善を加えることで、今後の大規模イベントにも応用可能なシステムと考えられた。

新型コロナウイルス感染症時代の 避難所マニュアル

新型コロナウイルス感染症時代の 避難所マニュアル

第1版 2020年6月17日

◆◆◆◆ マニュアルの理念 ◆◆◆◆

1. 避難所における新型コロナ感染症の拡大を起こさないこと
2. 市民の皆さんが安心して避難所での避難生活を送れること

公益社団法人 日本医師会

令和2年6月17日

報 告 書

「新型コロナウイルス感染症時代の避難所マニュアル」

公益社団法人 日本医師会長
横 倉 義 武 殿

救急災害医療対策委員会
委員長 山口 芳裕

新型コロナウイルス感染症流行下における、災害時の避難所運営マニュアルを作成いたしましたので、下記のとおりご報告いたします。

記

マニュアル作成の主旨及び内容

先般、内閣府政策統括官(防災担当)付参事官(避難生活担当)、消防庁国民保護・防災部防災課長及び厚生労働省健康局結核感染症課長の三者連名により、避難所における新型コロナウイルス感染症(COVID-19)への対応についての通知や事務連絡が二件発出された(別添2, 別添3)。また、例年送り梅雨の夏時に避難所の開設を要する災害事案の発生が多く、新型コロナウイルス感染症の流行下において、これまでの3密が避けられない避難所運営では、感染拡大を招く恐れが危惧された。

さらに令和2年5月に防災基本計画が修正され(別添 1)、避難所における新型コロナウイルス感染症を含む感染症対策の検討、実施に関する内容が新規に追加された。

そのため、都道府県医師会を対象とし、救急災害医療対策委員会にて「新型コロナウイルス感染症時代の避難所マニュアル」を作成した。本マニュアルは、避難所における新型コロナウイルス感染症の拡大防止を目的とし、平時の事前準備に加え、新型コロナウイルス感染症の流行下における災害に対する備えや、避難所運営の注意点につき記載した。

マニュアルの作成に加え、避難所運営において使用する「症候群サーベイランス用紙(資料1)」を、新型コロナウイルス感染症を含めた様式に変更した。また、新型コロナウイルス感染が疑われた際に実施する感染対策を追記し、「避難所における感染予防策(資料2)」を作成した。

本マニュアルと資料が、安全な避難所運営と感染拡大の予防の一助となることを期する。

作成資料

【新型コロナウイルス感染症時代の避難所マニュアル】

1. 避難所の開設
2. 医療資機材の準備
3. 避難者の健康状態の確認
4. 自宅療養者や重症化リスク因子を有する避難者
5. 実際の避難所運営

【資料1】症候群サーベイランス用紙(COVID-19)

【資料2】避難所における隔離予防策(COVID-19)

目次

1 避難所の開設 P. 4

- A. 可能な限り多くの避難所や避難場所を開設
- B. 人数制限や分散避難(ホテルや旅館の利用)
- C. 人材の確保

2 医療資機材の準備 P. 5

- A. 避難所が用意すべき物品
- B. 避難者に用意を促すもの
- C. 消毒液について(環境消毒含む)

3 避難者の健康状態の確認 P. 6

- A. 避難所入所時の健康状態の確認
- B. 日々の健康状態の確認

4 自宅療養者や重症化リスク因子を有する避難者 P. 7

- A. 新型コロナウイルス感染症で自宅療養している避難者の対応
- B. 在宅療養者や重症化リスク因子を有する避難者の対応
- C. 介護・福祉機関の入居者の避難への対応

5 実際の避難所運営 P. 8

- A. スペースの確保と換気の実施
- B. 避難所の衛生環境の確保
- C. 新型コロナウイルス感染が疑われる避難者の対応
- D. 避難者が新型コロナウイルス感染症を発症した場合の対応

資料1 避難所等における症候群サーベイランス用紙(COVID-19 Ver.)

資料2 避難所における隔離予防策(COVID-19 Ver.)

1 避難所の開設

A. 可能な限り多くの避難所や避難場所を開設

- 指定避難所以外の避難所を開設するなど、通常の災害発生時よりも可能な限り多くの避難所の開設を図る
- 人数の増加に合わせた段階的な運営計画ではなく、開設当初より部屋を広く確保し、避難者の密閉・密集・密着を避ける方策を考える(5. 実際の避難所運営の項を参照)
- 車中避難する避難者の増加が懸念され、車両スペースを含めた避難場所の増設を図る

B. 人数制限や分散避難(ホテルや旅館の利用)

- 指定避難所の入所人数に制限を設けると同時に、市内または近隣市町村のホテル、旅館の活用その他、企業の保養地、大学の関連施設、公務員向け宿舎などを含む公営住宅、青少年の家、キャンプ場等に避難所を開設できるかどうか、また指定に値するかどうかを事前に検討し、できるだけ多くの避難所を確保する必要がある
- 避難所が過密状態になることを防ぐため、可能な場合は親戚や友人の家等への避難を検討する

C. 人材の確保

- 感染を恐れ、被災した自宅に待機する避難者の増加が予想され、対応を行う人材も多く必要となる
- 行政保健師だけでなく、地域の病院・診療所看護師等に研修を実施し、有事には避難所での公衆衛生活動を依頼できるよう、事前に準備をしておく
- 地域の医療機関の感染症科の医療者、または大学の公衆衛生学教室等と連携する事を推奨する
- 避難所運営にあたる住民自主組織、ボランティアセンターを運営する社会福祉協議会、関係 NPO に対しても、事前に感染予防を含む公衆衛生に関する研修を実施する

2 医療資機材の準備

- 新型コロナウイルスは飛沫および接触による伝播の感染リスクが高いとされる
- マスクのみに頼るのではなく、手指衛生を徹底する方が感染予防効果は高い

A. 避難所が用意すべき物品

- 水道などのライフライン被害が手指衛生の実施に影響することが予想され、予め消毒に必要な資材の確保を行う
 - 体温計(非接触型)、アルコール消毒(手指衛生用)、次亜塩素酸溶液、ハンドソープ、ウェットティッシュ、フェイスシールド、ビニールシート、使い捨て手袋、ビニール袋(ゴミ回収用)
- 新型コロナウイルス感染症が疑われる避難者の対応も想定され、個人防護具(以下 PPE)等感染症対応の資材を備蓄しておく
- PPE が確保困難な事態も想定され、防護服は雨合羽やポリ袋、フェイスシールドは透明のクリアファイルで代用可能である

B. 避難者に用意を促すもの

- 持参が推奨されるもの
 - 体温計、手洗い洗剤/石鹸、マスク、アルコール消毒、台所用洗剤等
- 平時から準備しておくの良いもの
 - 非常食、ペットボトルの水、歯ブラシセット・洗口液、入れ歯(ケース含む)・入れ歯洗浄剤、補聴器、眼鏡・コンタクトレンズ(ケース・洗浄液含む)、ティッシュ・ウェットティッシュ、季節にあった衣類・防寒具、着替え(下着)、靴下、タオル、簡易トイレ・おむつ、使い捨てカイロ、通帳、免許証、健康保険証、各種診察券、印鑑、財布(現金)、お薬手帳、薬(常用薬・常備薬)、医療品(消毒液・絆創膏)、携帯電話、充電器・モバイルバッテリー

C. 消毒液について(環境消毒含む)

- アルコール(エタノール濃度 60～90%、イソプロパノール 70%を推奨)を用いた手指消毒、石鹸と流水を用いた手洗いを徹底する

- 新型コロナウイルス感染症が確定または疑われる避難者の周辺の高頻度接触環境表面や、皮膚に直接接触した器材(血圧計や体温計)は、アルコール(濃度 60%以上)や次亜塩素酸ナトリウム溶液(濃度 0.05～0.1¹%)の消毒剤含浸クロスを用いて清拭消毒する

3 避難者の健康状態の確認

A. 避難所入所時の健康状態の確認

- 避難者の健康状態の確認は、保健福祉部局と適切な対応を事前に検討の上、「資料 1 避難所等における症候群サーベイランス用紙」の内容を参考とし、避難所への到着時に行う
- 避難所に入所する前に、すべての避難者に対して以下の新型コロナウイルス感染症を疑う症状の有無をスクリーニングする
 - 発熱、呼吸器症状(咳嗽、咽頭痛、呼吸困難、鼻汁・鼻閉)、全身倦怠感、味覚・嗅覚障害、目の痛みや結膜の充血、頭痛、関節・筋肉痛、消化器症状(下痢、嘔気・嘔吐)など
- アプリケーションや紙媒体のツールを事前に準備し、スクリーニングを行う
- 接触感染のリスクを考慮すると、できる限り自己端末等から報告が可能な電子化されたツールが望ましい

B. 日々の健康状態の確認

- 1 日 2 回朝夕、避難者の健康状態を把握する
- アプリケーションツールへの自己端末等からの入力、もしくは紙媒体のツールでの報告を義務付ける(資料 1 避難所等における症候群サーベイランス用紙)
- 新型コロナウイルス感染症を疑う症状が出現した際は、直ちに避難所運営スタッフへの報告を義務付ける
- 避難者だけでなく、避難所運営スタッフも連日健康状態を確認し、記録する
- 感染評価に基づいて感染対策を実施する際は、「資料 2 避難所における隔離予防策」を参考とする

¹ 次亜塩素酸ナトリウム溶液の濃度：血液や体液で汚染されている物品の消毒には、濃度 0.1%～0.5%を目安とする

4 自宅療養者や重症化リスク因子を有する避難者

A. 新型コロナウイルス感染症で自宅療養している避難者の対応

- 自宅療養を行っている新型コロナウイルス感染症の軽症者等への対応については、保健福祉部局と十分に連携の上で、発災直前・直後の避難計画、避難所運営計画、生活再建支援計画を事前に策定する
- 自然災害の危険性の高い地域では、極力自宅療養を行わないような施策を行う
- 自然災害の危険性の高い地域では、災害発生前に可能な限り被災危険度を下げ、早期からの避難を開始する

B. 在宅療養者や重症化リスク因子を有する避難者の対応

- 新型コロナウイルス感染症の重症化リスク因子
 - 高齢者(65 歳以上)、基礎疾患を有する(糖尿病、循環器疾患、慢性呼吸器疾患、悪性腫瘍、透析等)、喫煙歴あり、免疫抑制薬や抗がん剤を用いているなど
- 感染予防および医療・保健活動の観点から、防災担当部局や保健福祉部局等の連携のもと、必要に応じて専用の避難所を設定することも考慮する
- 重症化リスク因子を有する避難者に対しては、要配慮者として避難所内に専用スペースを設けることが望ましい
- 電源の確保が必須の在宅人工呼吸器、在宅酸素を使用している在宅療養者の避難場所や避難先でのサポートについては、複数の選択肢を準備し、避難に関するシミュレーションをするなど事前の準備が重要になる

C. 介護・福祉機関の入居者の避難への対応

- 介護・福祉機関の利用者は、避難にあたっては要援護であり、感染症に関しても重篤化リスクが高い
- 近隣の機関間での相互避難・スタッフの協働等、平時から避難のタイミングや方法について議論しておく必要がある
- 介護・福祉機関の入居者が避難所に滞在する場合には、要配慮者として避難所内に専用スペースを設けることが望ましい

5 実際の避難所運営

A. スペースの確保と換気の実施

- 簡易ベッド(段ボール)とパーテーションを用いたゾーニングを行うことで、感染防止を図る
- 家族間の距離 1m 以上、ベッド間 2m 以上、ベッドの高さ 35～37cm 以上の確保を目安とする
- トイレや手洗い場等集合スペースへの動線を明確にし、避難者同士のすれ違いを避ける
- 発熱者や濃厚接触者用の専用スペースを避難所から隔離された場所に設置し、診察や移送を待つ間収容する
- 専用スペースは可能な限り個室とし、専用のトイレを確保する事が望ましい
- 食事や物品の受け渡しも、設置台を利用し、スタッフとの直接接触を避ける
- 食事は個別に配膳し、食事場所は互いに向き合わないよう椅子を配置し、対面しないレイアウトとする
- 避難所 2 方向の窓・ドアを開けて空気の流れを作り、30 分に 1 回以上、数分間窓を全開にするよう努める

テープ等による区画表示

(例)

○一家族が一区画を使用し、人数に応じて区画の広さは調整する
○家族間の距離を1m以上あげる

※スペース内通路は出来る限り通行者がすれ違わないように配慮する必要がある

テントを利用した場合

(例)

○テントを利用する場合は、飛沫感染を防ぐために屋根がある方が望ましいが、熱中症対策に十分注意することが必要

パーティションを利用した場合

○飛沫感染を防ぐため、少なくとも座位で口元より高いパーティションとし、プライバシーを確保する高さにすることが望ましい。また、換気を考慮しつつ、より高いものが望ましい。

(例)

内閣府資料より一部改変

B. 避難所の衛生環境の確保

- 手指衛生や咳エチケット等、基本的な感染予防対策を徹底する
- 施設出入り口や集合スペース、食事スペースに手指衛生用のアルコールを設置する
- 床や壁などを含む大掛かりかつ広範囲の消毒は不要
- 避難所運営スタッフの担当をブロックで分け、担当外の接触は避ける
- 避難者との連絡は電話や SNS を活用し、運営事務所への往来は極力減らすよう工夫する

C. 新型コロナウイルス感染が疑われる避難者の対応

- 対応・診療体制については、医師や医療機関、保健福祉部局と事前に協議することが望ましい
- 感染が疑われる避難者は、サージカルマスクを着用し、一般の避難者とはゾーン、動線を分ける
- 専用のスペースは可能な限り個室にするとともに、専用のトイレを確保することが望ましい
- 同じ兆候・症状のある人々を同室にすることについては、新型コロナウイルス感染症を想定した場合には、望ましくない。やむを得ず同室にする場合は、パーティションで区切るなどの工夫をすること
- 新型コロナウイルス感染症が確定もしくは疑われる避難者周辺の高頻度接触環境表面や、皮膚に直接接触した器材(血圧計や体温計)は、消毒剤含浸クロスを用いて清拭消毒する
- 感染が疑われる避難者の対応や、環境消毒を行う避難所運営スタッフは PPE を着用する(事前に PPE 着脱の技術訓練を行うこと)

- 感染が疑われる避難者が使用した食器やリネン、ゴミや医療廃棄物は、大型のプラスチック袋に入れて口を閉じた形で回収し、他の廃棄物と判別できるよう印をつける



内閣府資料より一部改変

D. 避難者が新型コロナウイルス感染症を発症した場合の対応

- 新型コロナウイルス感染症を発症した避難者の対応については、防災担当部局、保健福祉部局と十分に連携の上で、適切な対応を事前に検討する
- 新型コロナウイルス感染症の場合は、軽症者等であっても原則として一般の避難所に滞在することは適当ではないことに留意する
- 重症もしくは高齢者・基礎疾患を有する避難者は、原則、医療機関への入院となる
- 発災時の医療機関の病床不足のため、軽症者等が一時的に避難所に滞在する場合は、敷地内の別の建物とする。同一建物の場合は、動線を分け、専用スペース、専用トイレを確保する
- 感染症に対する偏見や差別を阻止するため、個人情報管理は徹底し、倫理的・人道的観点からの配慮や対応につき留意する

【参考資料】

- 内閣府、防災基本計画修正 新旧対照表、令和2年5月（一部抜粋）
- 内閣府、避難所における新型コロナウイルス感染症への更なる対応について、2020年4月7日
- 内閣府、避難所における新型コロナウイルス感染症への対応の参考資料について、2020年5月21日
- 避難所・避難生活学会、COVID-19 禍での水害時避難所設置について、2020年4月
- 日本環境感染学会、医療機関における新型コロナウイルス感染症への対応ガイド、第3版
- 東京都福祉保健局、二次医療機関の新型コロナ感染症患者受入に向けた病院準備強化セミナー資料、2020年4月
- 厚生労働省、新型コロナウイルス感染症(COVID-19)診療の手引き・第2版、2020年5月18日
- 倉敷市連合医師会、新型コロナウイルス感染症蔓延期を想定した避難所運営の方針に関する提案、2020年4月
- 小山ら、COVID-19(新型コロナウイルス感染症)流行下における水害発生時の防災・災害対策を考えるためのガイド、2020年4月13日版
- 平成22年度厚生労働科学研究費補助金「新型インフルエンザ等の院内感染制御に関する研究」研究班（主任研究者 切替照雄）、避難所における感染対策マニュアル、2011年3月24日版

資料 1

避難所等における症候群サーベイランス用紙(COVID-19 Ver.)

() 年 () 月 () 日 名前 ()

避難者は①避難所到着時 ②1日2回(朝・夕) ③病院移送時に評価

避難所運営スタッフも毎日自己評価

【あてはまるものの数字に○をつけてください(お分かりになる範囲で結構です)】

1. () 発熱者と接触した(2週間以内)→いつ? ()、どれくらい () 分

1に○をした方のみ

1-A. () 接触したとき、発熱者はマスクをしていた

1-B. () 接触したとき、私はマスクをしていた

2. () 新型コロナウイルス感染者と接触した(2週間以内)
→いつ? ()、どれくらい () 分

2に○をした方のみ

2-A. () 接触したとき、感染者はマスクをしていた

2-B. () 接触したとき、私はマスクをしていた

3. () 熱(37.5度以上)がある、または熱っぽい→ いつから? ()

4. () 呼吸器症状がある(咳嗽、咽頭痛、呼吸困難、鼻汁・鼻閉など)

5. () インフルエンザ様症状がある(全身倦怠感、寒気、頭痛、関節・筋肉痛など)

6. () 味覚・嗅覚障害がある

7. () 目の痛みや結膜の充血がある

8. () 消化器症状(下痢、嘔気・嘔吐)がある

9. () 咳があり、血がまじった痰が出る(血痰)がある

10. () 腹痛があり便に血が混じっている

11. () 身体に発疹が出ている

12. () 身体に発疹が出ていて、かゆみや痛みがある

13. () 唇や口の周りに発疹が出ていて、痛みがある

14. () 首がかたい感じがしたり、痛かったりする

15. () 創などがあり、膿が出たり、赤かったり、腫れていた、痛かったりする

(裏に続きます)

新型コロナウイルス感染症時代の避難所マニュアル

資料 1

※以下は初回(入所時)のみ

16. () この3ヶ月間に入^か院^{しょかい}したことがあり、多^{にゅうしよ}剤^じ耐^い性^か菌^{せいかん}(MRSA など)があるといわれた
17. () 抗^{かう}菌^{きん}薬^{やく}を内^{ない}服^{ふく}している(感^{かん}染^{せん}症^{しやう}の治^{ちりやう}療^うを受けている)→なに? ()
18. () 被^ひ災^{さい}後^ご、予^よ防^{ぼう}注^{ちゆう}射^{しゃ}を受けた→なに? ()、いつ? ()
19. () 小^{しょう}児^にまたは年^{ねん}齢^{れい}65歳^{さい}以上である→ご年^{ねん}齢^{れい}()歳^{さい}
20. () 基^き礎^そ疾^{しつ}患^{かん}を有^{ゆう}する(糖^{とう}尿^{によう}病^{びやう}、循^{じゆん}環^{かん}器^き疾^{しつ}患^{かん}、慢^{まん}性^{せい}呼^く吸^き器^き疾^{しつ}患^{かん}、悪^{あく}性^{せい}腫^{しゆ}瘍^{やう}、透^{とう}析^{せき}等^{とう})
21. () 喫^{きつ}煙^{えん}している、あるいは喫^{きつ}煙^{えん}していたことがある
22. () 免^{めん}疫^{えき}抑^{よく}制^{せい}薬^{やく}や抗^{かう}がん剤^{ざい}を用^{もち}いている

感染評価に基づく感染対策

- 全員に「標準予防策」を行う
- 次の場合に「接触予防策」「飛沫予防策」「空気予防策」を追加
 - 1または2, かつ3~8の1つ以上【新型コロナウイルス感染症?】→「接触予防策」と「飛沫予防策」を追加し病院搬送を検討 (*3~8の1つ以上でも19~22を考慮し総合的に判断)
 - 3のみ【インフルエンザやその他の感染症?】→とりあえず「飛沫予防策」を追加
 - 3~5の1つ以上【インフルエンザ等?】→「飛沫予防策」を追加
 - 3~5の1つ以上と19【小児呼吸器感染症?】→「接触予防策」と「飛沫予防策」を追加
 - 9【結核?】→「空気予防策」を追加し病院搬送を検討
 - 3と11【水痘や麻疹等?】→「空気予防策」を追加し病院搬送を検討
 - 3と11と14【細菌性髄膜炎等?】→「飛沫予防策」を追加し病院搬送を検討
 - 12のみ【帯状疱疹や疥癬等?】→「接触予防策」を追加
 - 13のみ【単純ヘルペスウイルス感染症?】→「接触予防策」を追加
 - 10のみ【ノロウイルス感染症やその他消化器感染症?】→「接触予防策」を追加し病院搬送を検討
 - 7のみ【ウイルス性結膜炎?】→「接触予防策」を追加
 - 15のみ【創傷関連感染症?】→「接触予防策」を追加
- 本用紙は個人情報を含んでいます。取り扱いに注意して下さい。

資料 1

【参考資料】

- 厚生労働省. 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)診療の手引き・第2版. 2020年5月18日
- 平成22年度厚生労働科学研究費補助金「新型インフルエンザ等の院内感染制御に関する研究」研究班（主任研究者 切替照雄）. 避難所における感染対策マニュアル. 2011年3月24日版

資料 2

避難所における隔離予防策(COVID-19 Ver.)

- 症候群サーベイランス用紙(資料1)を参考に避難者の健康状態を観察し、感染評価に基づいて以下の感染対策を実施する

【個人防護具(PPE)】

- PPE には、手袋、ガウン(撥水性のあるもの)、ゴーグル、フェイスシールド(顔面全体を覆うシールド)、マスクなどがある
- 行う処置の内容や病原体の感染経路に応じて、適切な PPE を選択する
 - ✓ 例(新型コロナウイルス感染症): 飛沫感染予防と接触感染予防
通常は眼・鼻・口を覆う個人防護具(アイシールド付きサージカルマスク、あるいはサージカルマスクとゴーグル/アイシールド/フェイスガードの組み合わせ)、キャップ、ガウン、手袋を装着

【標準予防策】

- 全ての避難者との接触時に実施する
1. 血液、体液、分泌物、排泄物への曝露が予想される場合、適切な個人用防護具(PPE)を着用する
 2. 全ての PPE は、使用した部屋/区域内で脱ぎ、廃棄する
 3. 各避難者との接触前後に手指衛生を行う
 4. 咳エチケットを行う
 - a. 咳をしている人にはマスクを着用してもらう
 - b. 咳をしている人にはティッシュを提供する
 - c. 咳やくしゃみをするときは、腕あるいは袖で押さえるように指導する
 - d. 感染性をもつ可能性のある人は、他の避難者から 1m 以上離す
 5. 感染症の伝播を予防するために、ベッドの間隔を 1m 以上空け、寝る向きは互い違い(お互いの足が見えるよう)にするのが望ましい

【接触予防策】

- 接触予防策の適応となるのは新型コロナウイルス感染症(COVID-19)や RS ウイルス感染症、多剤耐性菌(MRSA、VRE 等)による感染症、クロストリジウム・ディフィシル感染症、痘瘡、疥癬、しらみ、激しい嘔吐・下痢、さらに、創部から多量の滲出液が漏れるような場合である
 - 標準予防策に追加して以下の予防策を実施する
1. 接触予防策を要する症状・兆候のある避難者を他の避難者から離す

新型コロナウイルス感染症時代の避難所マニュアル 資料 2

- 1) 個室あるいは隔離室/区域に収容する
- 2) 他の被災者からは空間的に分離する(他の被災者と 1m 以上離す)
- 3) 症状のある避難者は隔離区域/部屋にいてもらう
2. 隔離室/区域内にいる人のケアを行う人は、隔離室/区域に入る際に PPE を着用する
 - 1) ガウン
 - 2) 未滅菌手袋
3. 同じ兆候・症状のある人々を同室にする(コホーティング)
4. 接触予防策を行っている避難者との接触前後に手指衛生を行う

【飛沫予防策】

- 飛沫予防策の適応となる感染症には新型コロナウイルス感染症(COVID-19)、マイコプラズマ肺炎、流行性耳下腺炎、溶連菌感染症、髄膜炎菌性髄膜炎、季節性インフルエンザ、肺ペスト、百日咳などがある
 - 標準予防策に追加して以下の予防策を実施する
 - 新型コロナウイルス感染が疑われる場合、一時的に大量のエアロゾルが発生しやすい状況においては、サージカルマスクの代わりに N95 マスク(または DS2 など N95 と同等のフィルター性能を有するマスク)あるいは電動ファン付呼吸用保護具(PAPR)を追加 (エアロゾルが発生しやすい状況:気管挿管・抜管, 気道吸引, NPPV 装着, 気管切開術, 心肺蘇生, 用手換気, 気管支鏡検査, ネブライザー療法, 誘発採痰など)
1. 飛沫感染症の症状・兆候のある避難者を他の避難者から離す
 - 1) 個室あるいは隔離室/区域に収容する
 - 2) 他の避難者からは空間的に分離する(他の避難者と 1m 以上離す)
 - 3) 症状のある避難者は隔離区域/部屋にいてもらう
 2. マスクを着用する
 - 1) 症状のある避難者の 1m 以内に近づく人は、外科用/処置用マスクを着用する
 3. 同じ兆候・症状のある人々を同室にする(コホーティング)
 4. 飛沫予防策を行っている避難者との接触前後に手指衛生を行う
 5. 飛沫感染症が疑われる人が隔離室/区域を出る場合や感受性のある人に近づく場合は、外科用/処置用マスクを着用する

【空気予防策】

- 避難所において空気予防策を実施するのは非常に困難であり、災害時において必要となることは稀である
- 空気感染予防策の適応となる避難者は、可能な限り早急に避難所から医療機関に搬送する

資料 2

- 空気予防策の適応となる感染症には、結核、水痘、麻疹、痘瘡、SARS、ウイルス性出血熱、鳥インフルエンザなどがある
 - 標準予防策に追加して、以下の対策を実施する
1. 空気感染症の兆候・症状のある避難者を個室に収容する
 - 1) 可能であれば陰圧個室を使用する
 - 2) 一時的な陰圧室を作る場合:
 - (ア) 他の避難者からは可能な限り離れた区域か、物理的に離れた区域(廊下や別棟)を選ぶ
 - (イ) 少なくとも窓が一つある区域を選ぶ(窓は外気取入口や他の窓から 25 フィート=約 8m 以上離れているか、他の建物から 100 ヤード=約 90m 以上離れていること)
 - (ウ) 隔離区域が壁で閉鎖されていない場合は、何らかの方法で仕切りを設けること
 - (エ) 仕切りを作る為に使用する素材は、それぞれの透過性をもとに選ぶ
 - ✓ 望ましい順に: ドライウォール、パーティクルボードあるいは他の木材、プラスチック、パーテーションやスクリーン、カーテン、ベッドシーツ
 - ✓ バリア素材は天井から床までできるだけ届くように据え付ける
 - (オ) 以下のいずれかの方法で、隔離室/区域から排気して陰圧を作り出す
 - ✓ 据え置き室内空気循環システム
 - ✓ ポータブル室内空気循環システム
 - ✓ 窓から空気を排気するための遠心送風機
 - ✓ 窓から空気を排気できる空気清浄機
 - ✓ 床/窓の換気扇を使用
 - (陰圧空調を作る際は施設エンジニアに相談すること)
 - (カ) 隔離室/区域の空気を、フィルターに通すことなく、避難所内のその他の区域に再循環させないようにする
 - (キ) 空気は以下のいずれかの方法で濾過(フィルター)することができる
 - ✓ 望ましい順に: 超高性能(HEPA)フィルター
 - ✓ ポータブル HEPA フィルターユニット
 - ユニットは、避難所スタッフの行動や隔離区域内の医療機器の邪魔にならないが、空気感染症のある避難者のなるべく近くに設置する
 - (避難所スタッフの感染予防のために、空気感染症のある患者とポータブル HEPA フィルターユニットの空気取り込み口の間に立たないよう指導される必要がある)
 2. 隔離区域のドアは常時閉め、空気感染症のある避難者は隔離室/領域内で過ごしてもらう
 3. 同じ兆候・症状のある人々を同室にする(コホーティング)
 4. 空気感染症のある避難者と 1m 以内で接する人は、N95 微粒子用マスクを着用する
 5. 空気感染症のある避難者に接する前後は、手指衛生を行う

新型コロナウイルス感染症時代の避難所マニュアル
資料 2

【PPE が不足している状況下における感染管理の考え方(新型コロナウイルス感染症対策)】

- 新型コロナウイルス感染症に関わる医療従事者および関連職員の安全確保は、全てに優先する極めて重要な対策である
- このウイルスは、飛沫および接触により伝播するため、呼吸器衛生/咳エチケットを含めた標準予防策、接触予防策を実施し、エアロゾルが発生する手技(気管挿管・抜管、NPPV 装着、気管切開術、心肺蘇生、用手換気、気管支鏡検査など)を行う場合は N95 マスクを装着する必要がある
- 大量に個人防護具を要するなかで、適切な個人防護具の選択が必要不可欠である

	手袋 注 1	サージカルマスク 注 2	N95 マスク 注 3	ガウン 注 4	ゴーグル、または フェースシールド 注 5
診察(15 分未満) 注 6	○	○		○	△
診察(15 分以上) 注 6	○	○		○	○
呼吸器検体採取 注 7	○	○		○	○
エアロゾル手技	○		○	○	○
環境整備	△	○		△	△
リネン交換	△	○		△	△
患者搬送注 8	△	○		△	△

○:必ず使用する △:状況により感染リスクが高くなる際に使用する

日本環境感染学会資料

注1) 手袋

- 手袋は外科的手技を除き、二重にする必要はない
- 手袋は単回使用を必須とし、手袋が使用できない状況では手指衛生で代用する

注2) サージカルマスク

- 医療従事者や避難所運営スタッフはサージカルマスクまたは不織布マスクを着用する
- 避難者(新型コロナウイルス感染者: 以下 患者)は再利用できる布またはガーゼマスクでも良いが、可能な限り不織布マスクを着用する
- マスクを二重に着用する必要はない
- 消毒・洗浄による再利用は、透過率が低下する可能性があるため望ましくない

資料 2

注3) N95 マスク

- 医療従事者がエアロゾル発生手技を行う場合にのみに使用する
- PPE 不足時は後述する方法で、再処理や再利用を検討する
- N95 マスクの同等以上の性能の呼吸用保護具の利用も検討する
- 日本の防じんマスク規格 DS2 以上のマスク、電動ファンつき呼吸用保護具(PAPR)等

注4) ガウン

- 避難者(患者)と直接、接触する場合に着用し、吸水性の布製は望ましくない
- レインコートやゴミ袋など撥水性の物品での代用は可能だが、腕の部分が露出するため、汚染されても洗浄できるように、肘から下は衣類を含めて何も身につけないことが望ましい
- タイベック[®]スーツはエアロゾル発生手技など、侵襲性が高い手技を行う際に限定して使用する

注5) ゴーグル/フェイスシールド

- 目を覆うものであれば、スキーのゴーグル、シールド、眼鏡でも代用は可能
- 透明なクリアファイルを帽子等に装着することで、顔面を覆うこともできる
- ただし、再利用のものは使用後に適切に消毒を行う

注6) 接触時間

- 15 分を目安とし、それを超える診察を行う場合はゴーグル、またはフェースシールドの装着を必須とする
- ただし、避難者(患者)が咳をしているような場合は、15 分未満であってもゴーグルやフェースシールドの装着が望ましい

注7) 呼吸器検体採取

- PPE が不足している状況下において、N95 マスクの使用は限定的に行う必要がある
- 避難者(患者)に咳などを認めず、換気を十分に行える環境下で、ゴーグル/フェースシールド、手袋、ガウンを装着していれば、N95 マスクでなくてもサージカルマスクの着用で鼻咽頭ぬぐいの検体採取は可能である
(ただし、検体採取においては患者の正面から採取せず、遮蔽物を用いるなど、感染リスクを減らす工夫が必要)
- 下気道検体採取時においては、曝露リスクを考慮して N95 マスクの利用を考慮する

注8) 患者搬送

- 直接避難者(患者)に触れない業務(ドライバーなど)ではタイベック[®]スーツを含むガウンは不要

【PPE の再利用】

- N95 マスクを始め PPE の不足は深刻な状況であり、厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部から事務連絡が出されている

「N95 マスクの例外的取扱いについて」：2020 年 4 月 10 日

<https://www.mhlw.go.jp/content/000621007.pdf>

「サージカルマスク、長袖ガウン、ゴーグル及びフェイスシールドの例外的取扱いについて」：2020 年 4 月 14 日

<https://www.mhlw.go.jp/content/000622132.pdf>

※適宜、更新されていないか要確認

1) N95 マスク

- 複数の避難者(患者)を診察する場合でも継続して使用し、名前を記載し、交換は 1 日 1 回とすることや、滅菌器活用等による再利用に努めることが提案されている
- 新型コロナウイルスはマスク上でも 72 時間しか生存できないと考えられるため、1 人に 5 枚の N95 マスクを配布し、5 日間のサイクルで毎日取り替える再利用法も米国 CDC より提案されている

(ただし、サージカルマスクを用いた基礎的検討ではマスク表面でも 7 日間感染力が認められたという報告があり、5 日間経過しても表面にはウイルスが付着している可能性も考えられる)

- 再処理や再利用を行うにしても限度があり、明らかな損傷や汚染、ゴムの劣化などが生じた場合は廃棄する
- エタノールによる消毒はフィルター機能を劣化させるという指摘もある

2) その他の PPE

- 再利用可能な個人防護具(ゴーグルなど)は、使用後に消毒用アルコールや次亜塩素酸ナトリウムで消毒する
- 一部の消毒薬や熱水消毒に適さないものもあり、メーカーの推奨に従うこと
- 長袖ガウンは状況に応じてエプロンや雨合羽の代替が提案されている
- ゴーグルやフェイスシールドの代わりに目を覆うことができるものでも代替は可能

【参考資料】

- 厚生労働省. 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)診療の手引き・第 2 版. 2020 年 5 月 18 日
- 日本環境感染学会. 医療機関における新型コロナウイルス感染症への対応ガイド. 第 3 版
- 平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金「新型インフルエンザ等の院内感染制御に関する研究」研究班（主任研究者 切替照雄）. 避難所における感染対策マニュアル. 2011 年 3 月 24 日版

防災基本計画修正

新旧対照表

令和2年5月

第1編 総則

修正前		修正後
第1編 総則 (略)	第1編 総則 (略)	第1編 総則 (略)
第2章 防災の基本理念及び施策の概要 (略)	第2章 防災の基本理念及び施策の概要 (略)	第2章 防災の基本理念及び施策の概要 (略)
(1) 周到かつ十分な災害予防 (略)	(1) 周到かつ十分な災害予防 (略)	(1) 周到かつ十分な災害予防 (略)
○災害予防段階における施策の概要は以下の通りである。 (略)	○災害予防段階における施策の概要は以下の通りである。 (略)	○災害予防段階における施策の概要は以下の通りである。 (略)
・発災時の災害応急対策、その後の災害復旧・復興を迅速かつ円滑に行うため、災害応急活動体制や情報伝達体制の整備、施設・設備・資機材等の整備・充実を図るとともに、必要とされる食料・飲料水等を備蓄する。また、関係機関が連携した実践的な訓練や計画的かつ継続的な研修を実施する。 (略)	・発災時の災害応急対策、その後の災害復旧・復興を迅速かつ円滑に行うため、災害応急活動体制や情報伝達体制の整備、施設・設備・資機材等の整備・充実を図るとともに、必要とされる食料・飲料水等を備蓄する。また、関係機関が連携した実践的な訓練や計画的かつ継続的な研修を実施する。 (略)	・発災時の災害応急対策、その後の災害復旧・復興を迅速かつ円滑に行うため、災害応急活動体制や情報伝達体制の整備、施設・設備・資機材等の整備・充実を図るとともに、必要とされる食料・飲料水等を備蓄する。また、関係機関が連携し、過去の災害対応の教訓の共有を図るなど、実践的な訓練や計画的かつ継続的な研修を実施する。 (略)
第3章 防災をめぐる社会構造の変化と対応 (略)	第3章 防災をめぐる社会構造の変化と対応 (略)	第3章 防災をめぐる社会構造の変化と対応 (略)
○人口の偏在、少子高齢化、グローバルゼーション、情報通信技術の発達等に伴い我が国の社会情勢は大きく変化しつつある。国、公共機関及び地方公共団体は、社会情勢の変化に伴う災害脆弱性の高まりについて十分配慮しつつ防災対策を推進することとする。とりわけ、次に掲げるような変化については、十分な対応を図ることとする。 (略)	○人口の偏在、少子高齢化、グローバルゼーション、情報通信技術の発達等に伴い我が国の社会情勢は大きく変化しつつある。国、公共機関及び地方公共団体は、社会情勢の変化に伴う災害脆弱性の高まりについて十分配慮しつつ防災対策を推進することとする。とりわけ、次に掲げるような変化については、十分な対応を図ることとする。 (略)	○人口の偏在、少子高齢化、グローバルゼーション、情報通信技術の発達等に伴い我が国の社会情勢は大きく変化しつつある。国、公共機関及び地方公共団体は、社会情勢の変化に伴う災害脆弱性の高まりについて十分配慮しつつ防災対策を推進することとする。とりわけ、次に掲げるような変化については、十分な対応を図ることとする。 (略)
・地域における生活者の多様な視点を反映した防災対策の実施により地域の防災力向上を図るため、地方防災会議の委員への任命など、防災に関する政策・方針決定過程及び防災の現場における女性や高齢者、障害者などの参画を拡大し、男女共同参画その他の多様な視点を取り入れた防災体制を確立する必要がある。 (新設)	・地域における生活者の多様な視点を反映した防災対策の実施により地域の防災力向上を図るため、地方防災会議の委員への任命など、防災に関する政策・方針決定過程及び防災の現場における女性や高齢者、障害者などの参画を拡大し、男女共同参画その他の多様な視点を取り入れた防災体制を確立する必要がある。 (新設)	・地域における生活者の多様な視点を反映した防災対策の実施により地域の防災力向上を図るため、地方防災会議の委員への任命など、防災に関する政策・方針決定過程及び防災の現場における女性や高齢者、障害者などの参画を拡大し、男女共同参画その他の多様な視点を取り入れた防災体制を確立する必要がある。 ・令和2年における新型コロナウイルス感染症の発生を踏まえ、避難所における避難者の過密抑制など感染症対策の観点を取り入れた防災対策を推進する必要がある。 (略)

修正前		修正後
修正前	○国〔国土交通省等〕及び地方公共団体は、緊急輸送が円滑に実施されるよう、あらかじめ運送事業者等と協定を締結するなど体制の整備に努めるものとする。	○国〔国土交通省等〕及び地方公共団体は、緊急輸送が円滑に実施されるよう、あらかじめ、 <u>運送事業者等と物資の保管、荷捌き及び輸送に係る協定を締結するなど体制の整備に努めるものとする。</u> この際、地方公共団体は、災害時に物資の輸送拠点から指定避難所等までの輸送手段を含めた体制が速やかに確保できるよう、あらかじめ、 <u>適切な物資の輸送拠点を選定しておくよう努めるものとする。</u>
	(略)	(略)
○国〔経済産業省、国土交通省〕及び地方公共団体は、物資の調達・輸送に必要な情報項目・単位の整理による発注方法の標準化、物資の輸送拠点となる民間施設への非常用電源や非常用通信設備の設置に係る支援、緊急通行車両等への優先的な燃料供給等の環境整備を推進するものとする。	○国〔経済産業省、国土交通省〕及び地方公共団体は、物資の調達・輸送に必要な情報項目・単位の整理による発注方法の標準化、物資の輸送拠点となる民間施設への非常用電源、燃料貯蔵設備及び非常用通信設備の設置に係る支援、緊急通行車両等への優先的な燃料供給等の環境整備を推進するものとする。	○国〔経済産業省、国土交通省〕及び地方公共団体は、物資の調達・輸送に必要な情報項目・単位の整理による発注方法の標準化、物資の輸送拠点となる民間施設への非常用電源、燃料貯蔵設備及び非常用通信設備の設置に係る支援、緊急通行車両等への優先的な燃料供給等の環境整備を推進するものとする。
(略)	(略)	(略)
7 避難の受入れ及び情報提供活動関係	7 避難の受入れ及び情報提供活動関係	7 避難の受入れ及び情報提供活動関係
(新設)	(新設)	
(略)	(略)	(略)
(1) 避難誘導	(1) 避難誘導	(1) 避難誘導
(略)	(略)	(略)
○国及び地方公共団体は、災害種別一般図記号を使った避難場所標識の見方に関する周知に努めるものとする。また、国〔内閣府等〕は、訪日外国人向けの周知について十分配慮するものとする。	○国及び地方公共団体は、災害種別一般図記号を使った避難場所標識の見方に関する周知に努めるものとする。また、国〔内閣府等〕は、訪日外国人向けの周知について十分配慮するものとする。	○国及び地方公共団体は、災害種別一般図記号を使った避難場所標識の見方に関する周知に努めるものとする。また、国〔内閣府等〕は、訪日外国人向けの周知について十分配慮するものとする。
(新設)	(新設)	
(略)	(略)	○国〔国土地理院〕は、発災時の避難誘導や応急活動を支援するため、避難路、緊急輸送道路など防災上重要な経路を構成する道路や災害時の拠点となる公共施設、指定緊急避難場所等を反映した地理空間情報の整備、公開に努めるものとする。
(略)	(略)	(略)
(3) 指定避難所	(3) 指定避難所等	(3) 指定避難所等
(略)	(略)	(略)
○市町村は、指定避難所となる施設については、必要に応じ、良好な生活環境を確保するために、換気、照明等の施設の整備に努めるものとする。	○市町村は、指定避難所となる施設については、必要に応じ、良好な生活環境を確保するために、換気、照明等の施設の整備に努めるものとする。また、新型コロナウイルス感染症を含む感染症対策について、感染者が発生した場合の対応を含め、平常時から防災担当部局と保健福祉担当部局が連携して、必要な場合には、ホテルや旅館等の活用等を含めて検討するよう努めるものとする。	○市町村は、指定避難所又はその近傍で地域完結型の備蓄施設を確保し、食料、飲料水、常備薬、マスク、消毒液、炊き出し用具、毛布等避難生活に必要な物資等の備蓄に努めるものとする。
(略)	(略)	(略)

修正前	修正後
(1) 指定避難所の開設 (略) ○市町村は、指定避難所のライフラインの回復に時間を要すると見込まれる場合や、道路の途絶による孤立が続くと見込まれる場合は、あらかじめ指定避難所に指定されていたとしても原則として開設しないものとする。 (新設) (2) 指定避難所の運営管理等 (略) ○市町村は、指定避難所における生活環境が常に良好なものであるよう努めるものとする。そのため、食事供与の状況、トイレの設置状況等の把握に努め、必要な対策を講じるものとする。また、避難の長期化等必要に応じて、プライバシーの確保状況、簡易ベッド等の活用状況、入浴施設設置の有無及び利用頻度、洗濯等の頻度、医師、保健師、看護師、管理栄養士等による巡回の頻度、暑さ・寒さ対策の必要性、食料の確保、配食等の状況、し尿及びごみの処理状況など、避難者の健康状態や指定避難所の衛生状態の把握に努め、必要な措置を講じるよう努めるものとする。また、必要に応じ、指定避難所における家庭動物のためのスペースの確保に努めるものとする。 (新規) (新設) (略) 8 被災者等への的確な情報伝達活動 (略) (1) 被災者への情報伝達活動 ○非常本部等、指定行政機関、公共機関、地方公共団体及び事業者は、被災者のニーズを十分把握し、災害の状況に関する情報、安否情報、ライフラインや交通施設等公共施設等の復旧状況、医療機関等の生活関連情報、それぞれの機関が講じている施策に関する情報、交通規制、被災者生活支援に関する情報等、被災者等が役立ち正確かつきめ細やかな情報を適切に提供するものとする。なお、その際、要配慮者、在宅での避難者、在日外国人、訪日外国人に配慮した伝達を行うものとする。	(1) 指定避難所の開設 (略) ○市町村は、指定避難所のライフラインの回復に時間を要すると見込まれる場合や、道路の途絶による孤立が続くと見込まれる場合は、当該地域に指定避難所を設置・維持することの適否を検討するものとする。 ○市町村は、避難所を開設した場合に関係機関等による支援が円滑に講じられるよう、避難所の開設状況等を適切に都道府県に報告し、都道府県は、その情報を国〔内閣府等〕に共有するよう努めるものとする。 (略) (2) 指定避難所の運営管理等 (略) ○市町村は、指定避難所における生活環境が常に良好なものであるよう努めるものとする。そのため、食事供与の状況、トイレの設置状況等の把握に努め、必要な対策を講じるものとする。また、避難の長期化等必要に応じて、プライバシーの確保状況、簡易ベッド等の活用状況、入浴施設設置の有無及び利用頻度、洗濯等の頻度、医師、保健師、看護師、管理栄養士等による巡回の頻度、暑さ・寒さ対策の必要性、食料の確保、配食等の状況、し尿及びごみの処理状況など、避難者の健康状態や指定避難所の衛生状態の把握に努め、必要な措置を講じるよう努めるものとする。 ○市町村は、必要に応じ、指定避難所における家庭動物のための避難スペースの確保等に努めるとともに、獣医師会や動物取扱業者等から必要な支援が受けられるよう、連携に努めるものとする。 ○市町村は、被災地において感染症の発生、拡大がみられる場合は、防災担当部局と保健福祉担当部局が連携して、感染症対策として必要な措置を講じるよう努めるものとする。 (略) 8 被災者等への的確な情報伝達活動 (略) (1) 被災者への情報伝達活動 ○非常本部等、指定行政機関、公共機関、地方公共団体及び事業者は、被災者のニーズを十分把握し、災害の状況に関する情報、安否情報、ライフラインや交通施設等公共施設等の復旧状況、医療機関、スーパーマーケット、ガソリンスタンド等の生活関連情報、それぞれの機関が講じている施策に関する情報、交通規制、被災者生活支援に関する情報等、被災者等に役立ち正確かつきめ細やかな情報を適切に提供するものとする。なお、その際、要配慮者、在宅での避難者、応急仮設住宅として供与される賃貸住宅への避難者、所在を把握できる広域避難者、在日外国人、訪日外国人に配慮した伝達を行うものとする。

令和2年4月7日
事務連絡

各 { 都道府県
保健所設置市
特別区 } 防災担当主管部（局）長
衛生主管部（局）長 殿

内閣府政策統括官（防災担当）付
参事官（避難生活担当）
消防庁国民保護・防災部防災課長
厚生労働省健康局結核感染症課長

避難所における新型コロナウイルス感染症への更なる対応について

新型コロナウイルス感染症については、感染経路が特定できない症例が多数に上り、かつ、急速な増加が確認されており、医療提供体制もひっ迫してきているところであり、本日、7都府県に新型インフルエンザ等緊急事態宣言が行われました。こうした状況において災害が発生し避難所を開設する場合には、感染症対策に万全を期することが重要となっており、「避難所における新型コロナウイルス感染症への対応について」（令和2年4月1日付け）を通知したところです。

このたび、避難所における新型コロナウイルス感染症として、当該通知の内容を補充するため、下記のとおり留意事項を取りまとめました。平時の事前準備及び災害時の対応の参考としていただけるようお願いいたします。

なお、発災時には政府としても、「新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針」（令和2年4月7日新型コロナウイルス感染症対策本部改定）に基づき、感染症対策に必要な物資・資材の供給等必要な支援を行うこととしております。

貴都道府県内の市町村防災担当主管部局に対しても、その旨周知していただきますようお願いいたします。

本件通知は、地方自治法（昭和22年法律第67号）第245条の4第1項の規定に基づく技術的助言であることを申し添えます。

記

（可能な限り多くの避難所の開設）

- ・発災した災害や被災者の状況等によっては、避難所の収容人数を考慮し、あらかじめ指定した指定避難所以外の避難所を開設するなど、通常の災害発生時よりも可能な限り多くの避難所の開設を図るとともに、ホテルや旅館等の活用等も検討すること。

（親戚や友人の家等への避難の検討）

- ・災害時に避難生活が必要な方に対しては、避難所が過密状態になることを防ぐため、可能な場合は親戚や友人の家等への避難を検討していただくことを周知すること。

（自宅療養者等の避難の検討）

- ・自宅療養等を行っている新型コロナウイルス感染症の軽症者等への対応については、保健福祉部局と十分に連携の上で、適切な対応を事前に検討すること。

（避難者の健康状態の確認）

- ・避難者の健康状態の確認について、保健福祉部局と適切な対応を事前に検討の上、「避難所における感染対策マニュアル」※における症候群サーベイランスの内容も参考として、避難所への到着時に行うことが望ましい。

- ・また、避難生活開始後も、定期的に健康状態について確認すること。

※ 避難所における感染対策マニュアル 2011 年 3 月 24 日版

平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金

「新型インフルエンザ等の院内感染制御に関する研究」研究班（主任研究者 切替照雄）作成

（手洗い、咳エチケット等の基本的な対策の徹底）

- ・避難者や避難所運営スタッフは、頻繁に手洗いするとともに、咳エチケット等の基本的な感染対策を徹底すること。

（避難所の衛生環境の確保）

- ・物品等は、定期的に、および目に見える汚れがあるときに、家庭用洗剤を用いて清掃するなど、避難所の衛生環境をできる限り整えること。

（十分な換気の実施、スペースの確保等）

- ・避難所内については、十分な換気に努めるとともに、避難者が十分なスペースを確保できるよう留意すること。

（発熱、咳等の症状が出た者のための専用のスペースの確保）

- ・発熱、咳等の症状が出た者は、専用のスペースを確保すること。その際、スペースは可能な限り個室にするとともに、専用のトイレを確保することが望ましい。
- ・同じ兆候・症状のある人々を同室にすることについては、新型コロナウイルス感染症を想定した場合には、望ましくない。やむを得ず同室にする場合は、パーティションで区切るなどの工夫をすることが望ましい。
- ・症状が出た者の専用のスペースやトイレは、一般の避難者とはゾーン、動線を分けること。
- ・避難所のスペースの利用方法等について、事前に関係部局や施設管理者等と調整を図ること。

（避難者が新型コロナウイルス感染症を発症した場合）

- ・新型コロナウイルス感染症を発症した場合の対応については、保健福祉部局と十分に連携の上で、適切な対応を事前に検討すること。

※「避難所における良好な生活環境の確保に向けた取組指針」（平成 25 年 8 月（平成 28 年 4 月改定）内閣府（防災担当））において、「感染症を発症した避難者の専用のスペースないし個室を確保することが適切であること」と記載しており、また、「避難所運営ガイドライン」（平成 28 年 4 月 内閣府（防災担当））において、「感染症患者が出た時の部屋を確保する」と記載しているが、新型コロナウイルス感染症の場合は、軽症者等であっても原則として一般の避難所に滞在することは適当でないことに留意すること。

（参考）

- ・新型コロナウイルスに関する Q & A （一般の方向け）（厚生労働省 HP）
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/dengue_fever_qa_00001.html
- ・新型コロナウイルス感染症の対応について（内閣官房 HP）
https://www.cas.go.jp/jp/influenza/novel_coronavirus.html
- ・一般市民向け新型コロナウイルス感染症に対する注意事項
（日本環境感染学会 HP）
http://www.kankyokansen.org/uploads/uploads/files/jsipc/2019ncov_ippan_200203.pdf

<連絡先>

内閣府政策統括官（防災担当）付参事官（避難生活担当）付
赤司、長谷川、秋吉
TEL 03-3501-5191（直通）

消防庁国民保護・防災部防災課
神田、館野（たての）
TEL 03-5253-7525（直通）

厚生労働省健康局結核感染症課
加藤
TEL 03-3595-2257（直通）

府政防第 779 号
消 防 災 第 62 号
健感発 0401 第 1 号
令和 2 年 4 月 1 日

各 { 都 道 府 県
保健所設置市
特 別 区 } 防災担当主管部（局）長
衛生主管部（局）長 殿

内閣府政策統括官（防災担当）付
参事官（避難生活担当）
（公印省略）

消 防 庁 国 民 保 護 ・ 防 災 部
防災課長
（公印省略）

厚 生 労 働 省 健 康 局
結核感染症課長
（公印省略）

避難所における新型コロナウイルス感染症への対応について

新型コロナウイルス感染症については、日本国内においても感染経路の不明な患者の増加している地域が散発的に発生しており、今後、爆発的な感染拡大を伴う大規模な流行につながりかねない状況にあります。このような中、貴殿におかれましても、国民の生命を守るため、まん延防止や医療の提供等、新型コロナウイルス感染症への対策に日々ご尽力いただき、誠にありがとうございます。

政府としては、「新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針」（令和 2 年 3 月 28 日新型コロナウイルス感染症政府対策本部決定）（以下「基本的対処方針」という。）により、地方公共団体、医療関係者、専門家、事業者を含む国民の意見をくみ取りつつ、協力して対策を進めているところです。

こうした状況において災害が発生し避難所を開設する場合には、新型コロナウイルス感染症の状況を踏まえ、感染症対策に万全を期することが重要となります。ついては、発生した災害や被災者の状況等によっては、避難所の収容人数を考慮し、あらかじめ指定した指定避難所以外の避難所を開設するなど、通常の災害発生時よりも可能な限り多くの避難所の開設を図るとともに、ホテルや旅館の活用等も検討していただくようお願いいたします。

また、発生した災害やその地域の実情に応じ、避難者に対して手洗い、咳エチ

ケット等の基本的な感染対策を徹底することとし、避難所内については、十分な換気に努めるとともに、避難者が十分なスペースを確保できるよう留意するようお願いいたします。

発災時には政府としても、基本的対処方針に基づき、感染症対策に必要な物資・資材の供給等必要な支援を行うこととしております。

なお、対策を講ずるに当たっては、既にご承知おきのこととは思いますが、以下のホームページも参考にしてください。

貴都道府県内の市町村防災担当主管部局に対しても、その旨周知していただきますようお願いいたします。

本件通知は、地方自治法（昭和 22 年法律第 67 号）第 245 条の 4 第 1 項の規定に基づく技術的助言であることを申し添えます。

（参考）

- ・新型コロナウイルスに関する Q & A（一般の方向け）（厚生労働省 HP）

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/dengue_fever_qa_00001.html

- ・新型コロナウイルス感染症の対応について（内閣官房 HP）

https://www.cas.go.jp/jp/influenza/novel_coronavirus.html

- ・一般市民向け新型コロナウイルス感染症に対する注意事項

（日本環境感染学会 HP）

http://www.kankyokansen.org/uploads/uploads/files/jsipc/2019ncov_ippan_200203.pdf

<連絡先>

内閣府政策統括官（防災担当）付参事官（避難生活担当）付
赤司、長谷川、秋吉
TEL 03-3501-5191（直通）

消防庁国民保護・防災部防災課
神田、舘野（たての）
TEL 03-5253-7525（直通）

厚生労働省健康局結核感染症課
加藤
TEL 03-3595-2257（直通）

別添3

令和2年5月21日
府政防第939号
消防災第87号
健感発0521第1号

各 { 都道府県
保健所設置市
特別区 } 防災担当主管部(局)長 殿
衛生主管部(局)長

内閣府政策統括官(防災担当)付
参事官(避難生活担当)
消防庁国民保護・防災部
防災課長
厚生労働省健康局
結核感染症課長

避難所における新型コロナウイルス感染症への対応の参考資料について

新型コロナウイルス感染症の現下の状況を踏まえ、災害が発生し避難所を開設する場合には、感染症対策に万全を期することが重要となっており、「避難所における新型コロナウイルス感染症への対応について」(令和2年4月1日付け府政防第779号他)及び「避難所における新型コロナウイルス感染症への更なる対応について」(令和2年4月7日付け事務連絡)等を発出したところです。

これらの通知及び事務連絡等においては、十分なスペースの確保、発熱、咳等の症状が出た者のための専用のスペースの確保等について助言したところですが、このたび、これらの対応の検討に資するよう、新型コロナウイルス感染症対応時の避難所全体のレイアウト・動線、健康な者の滞在スペースのレイアウト、発熱・咳等の症状が出た者や濃厚接触者をやむを得ずそれぞれ同室にする場合のレイアウトの例について作成しましたので、平時の事前準備及び災害時の対応を行うに当たっての参考としていただくようお願いします。

なお、この資料は、今後、新型コロナウイルス感染症の状況や新たに得られた知見等を踏まえ、更新されるものであることを申し添えます。

貴都道府県内の市町村防災担当主管部局に対しても、その旨周知していただきますようお願いいたします。

本件通知は、地方自治法(昭和22年法律第67号)第245条の4第1項の規定に基づく技術的助言であることを申し添えます。

<連絡先>

内閣府政策統括官(防災担当)付参事官(避難生活担当)付
赤司、長谷川、秋吉、山元
TEL 03-3501-5191(直通)

消防庁国民保護・防災部防災課
神田、館野
TEL 03-5253-7525(直通)

厚生労働省健康局結核感染症課
加藤、榊原
TEL 03-3595-2257(直通)

新型コロナウイルス感染症対応時の避難所レイアウト（例）〈避難受付時〉

専用階段、専用トイレの確保をする。（専用階段について、確保が難しい場合は、時間的分離・消毒等の工夫をした上で兼用する。健康な者との兼用は不可。）

専用スペースと専用トイレ、独立した動線を確保できない場合は、濃厚接触者専用避難所を別途開設することも考えられます。

軽症者等（一時的）

・軽症者等は、予め災害時の対応・避難方法等を決めておくことが望ましい。

・軽症者等及び新型コロナウイルス感染症を発生したと疑われる者の対応については、防犯担当部局と保健福祉部局等が十分に連携の上で、適切な対応を事前に検討する。

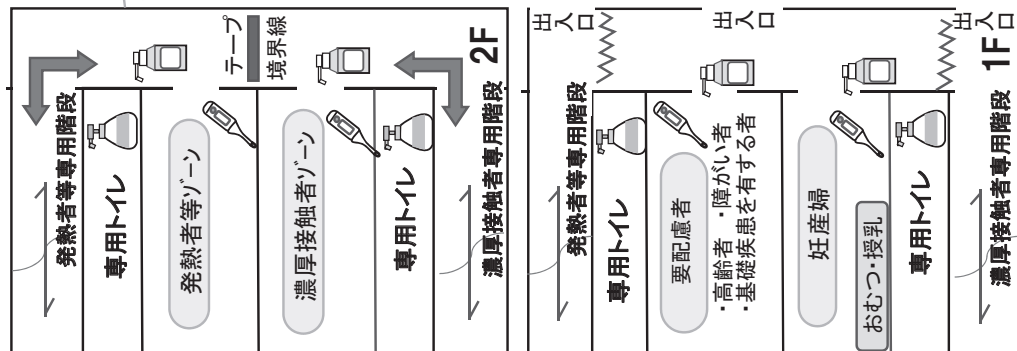
・軽症者等が一時的に避難所に滞在する場合、一般地内の別の建物とする。

・同一建物の場合は、動線を分け、専用階段とスペース、専用のトイレ、専用風呂等が必要

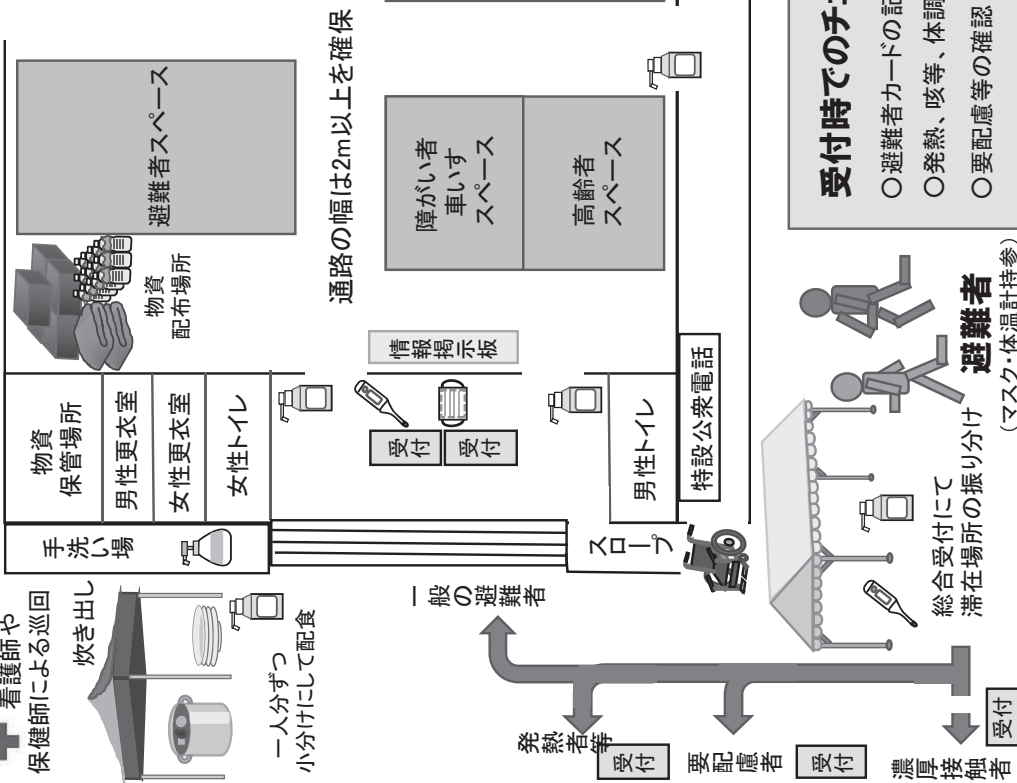
※軽症者等であっても原則として一般の避難所に滞在することは適当でないことに留意する。

R2. 5. 20
第1版

＜専用スペース＞



＜集合スペース＞



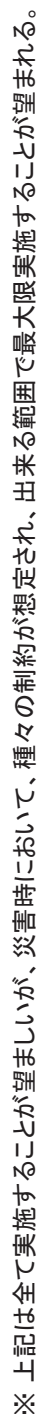
受付時でのチェック

- 避難者カードの記入
- 発熱、咳等、体調の確認
- 要配慮等の確認 など

用意するもの

- ・体温計（非接触型）
- ・アルコール消毒液（手指用）
- ・次亜塩素酸溶液
- ・ハンドソープ、ウェットティッシュ
- ・フェイスシールド
- ・ビニールシート
- ・使い捨て手袋 など

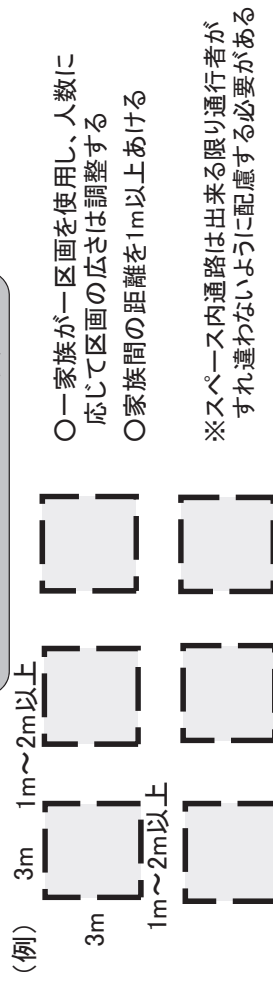
※ 上記は全て実施することが望ましいが、災害時にいて、種々の制約が想定され、出来る範囲で最大限実施することが望まれる。



健康な者の避難所滞在スペースのレイアウト（例）

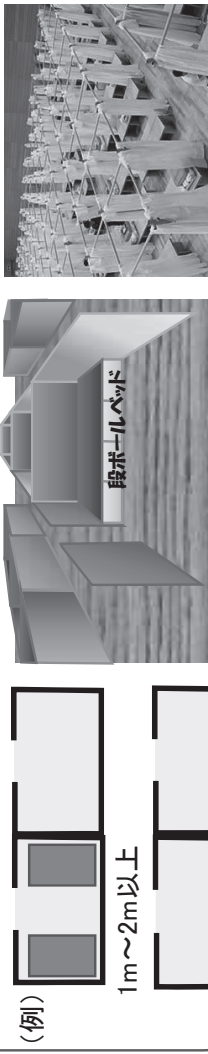
- 体育館のような広い空間において、健康な者が滞在するスペースとしては、以下のような方法が考えられる。
- 感染リスクの高い高齢者・基礎疾患を有する者・障がい者・妊産婦等が滞在する場合には、避難所内に専用スペースを設けることが望ましいが、体育館内に専用ゾーンを設け、以下と同様の考え方で利用することも考えられる。

テーブル等による区画表示



パーティションを利用した場合

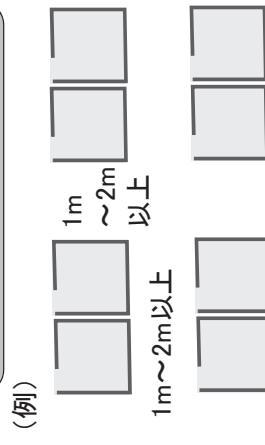
- 飛沫感染を防ぐため、少なくとも座位で口元より高いパーティションとし、プライバシーを確保する高さにすることが望ましい。また、換気を考慮しつつ、より高いものが望ましい。



※ 人と人の間隔は、できるだけ2m（最低1m）空けることを意識して過ごしていただくことが望ましい。

※ 上記は全て実施することが望ましいが、災害時において、種々の制約が想定され、出来る範囲で最大限実施することが望まれる。

テントを利用した場合



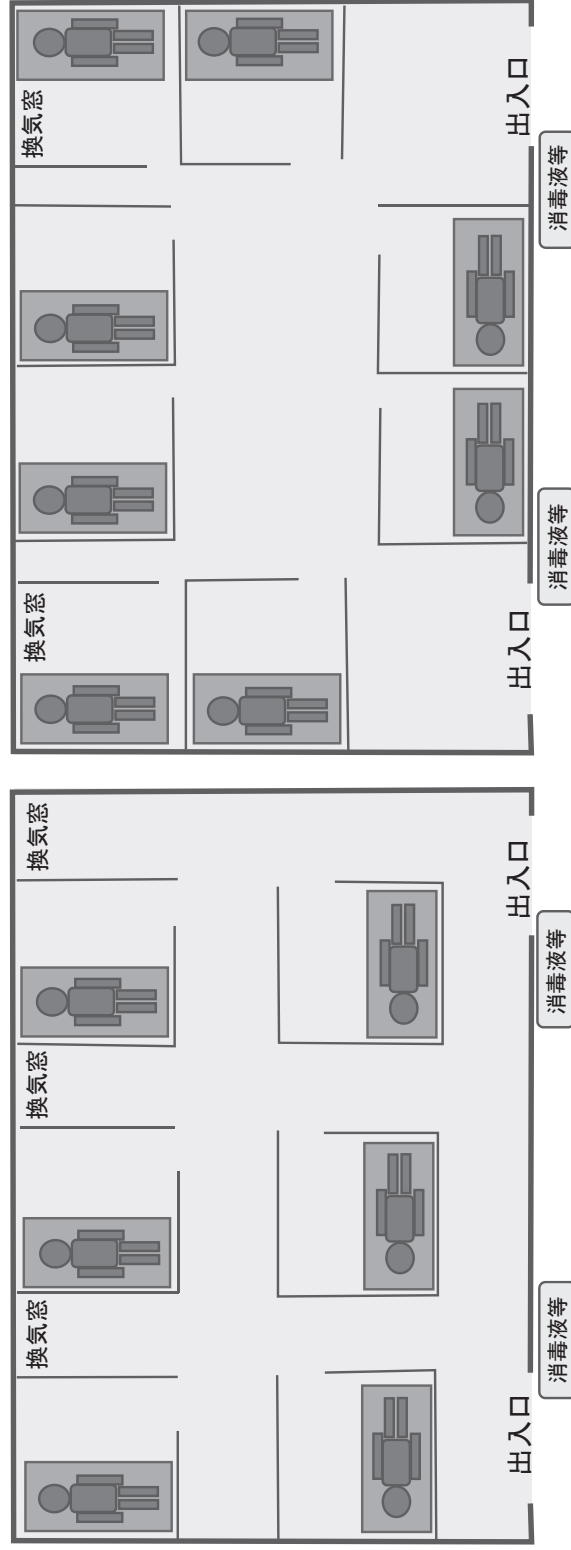
- テントを利用する場合は、飛沫感染を防ぐために屋根がある方が望ましいが、熱中症対策に十分注意することが必要



発熱・咳等のある者や濃厚接触者専用室のレイアウト（例）

- 発熱・咳等のある者は、可能な限り個室にすることが望ましいが、難しい場合はそれぞれ専用のスペースを確保する。やむを得ず同室にする場合は、パーティションで区切るなどの工夫をする。
- 濃厚接触者は、可能な限り個室管理とする。難しい場合はそれぞれ専用のスペースを確保する。
 - ※ 濃厚接触者は、発熱・咳等のある者より優先して個室管理とする。

（例）



※ 飛沫感染を防ぐため、少なくとも座位で口元より高いパーティションとし、プライバシーを確保する高さにすることが望ましい。また、換気を考慮しつつ、より高いものが望ましい。

- ・ 軽症者等は、予め災害時の対応・避難方法等を決めておくことが望ましいが、避難所に一時的に滞在する場合がある。
- ・ 感染予防および医療・保健活動のしやすさの観点から、地域における感染拡大状況や、各避難所、活用するホテル・旅館等の状況を踏まえ、防災担当部局や保健福祉部局等の連携のもと、必要に応じて特定の避難者の専用の避難所を設定することも考えられる。
（例：高齢者・基礎疾患を有する者・障がい者・妊産婦用、発熱・咳等の症状のある者用、濃厚接触者用）

※ 上記は全て実施することが望ましいが、災害時において、種々の制約が想定され、出来る範囲で最大限実施することが望まれる。

別 掲 資 料

JMAT 研修 基本編 プログラム構成

※講義は、その一部又は全部を事前学習及びその確認（小テスト等の実施）とすることができる。

	科目	概要	時間
講義	災害医療概論	災害に関する共通理念・言語、災害医療関連制度 コーディネート機能の下での活動 DMAT 等との役割分担と連携 安全確保	30 分
	JMAT 総論	JMAT 要綱 日本医師会（JMAT 本部）-都道府県医師会-郡市区医師会に求められる役割 過去事例 JMAT に求められる役割 「被災地 JMAT」、「支援 JMAT」それぞれの役割と連携 都道府県保健医療調整本部・地域の保健医療調整本部、被災地のコーディネート機能の下での活動、被災地の医師会との協働、災害医療コーディネーターとの連携 DMAT 等との役割分担・連携・円滑な引き継ぎ 診療内容（発災直後、急性期以降の環境悪化に伴う疾病とその予防・対応） 避難者の健康管理（行政職員、支援者等を含む）、医療ニーズの有無・探索と内容の把握、在宅・福祉施設等の巡回等 撤収のあり方（被災地の行政機関（保健所等）や医療機関への引き継ぎ 避難所等の環境改善、感染制御 医薬品・資器材リスト	30 分
	情報の共有と実際	情報共有の意義：JMAT 活動として、被災地コーディネート機能下での活動として 実際：JMAT 活動報告、クロノロジー、EMIS（広域災害・救急医療情報システム）、衛星携帯電話等、災害診療記録・JSPEED、避難所アセスメントシート等	30 分
講義	救護所の運営	受援側、被災地 JMAT としての活動 所属医師会の災害対応マニュアル、行政との災害時医療救護協定等（開催地の地域性に応じる） 行政との連携	30 分

実 習	被災地における活 動	講師より下記の内容の概括を述べた後、各テーブルにおいて、自分たちが「被災地 J M A T」となる場合（特に下記の 1、2、3のうち（3）（7）（8）、もしくは「支援 J M A T」として被災地に到着、活動を開始した場合（特に下記の 2、3）という前提で実習をしてもらう 実習方法（ロールプレイ、グループディスカッション）については、1～3の各講師が決める。 <table><tr><td>1. 保健医療調整本部の運営、コーディネート機能</td><td>（1）都道府県保健医療調整本部、保健所（地域保健医療調整本部・地域の拠点）への登録（コーディネーター側） （2）現地のコーディネート機能下での活動 （3）災害医療コーディネーターとの連携 （4）D M A T等との役割分担・連携・円滑な引き継ぎ</td></tr><tr><td>2. 災害発生直後およびそれ以降の被災地医師会</td><td>（5）救護所の運営（受援側、被災地 J M A Tとしての活動） （6）在宅患者・要配慮者等の医療ニーズの把握と対応 （他地域からの「支援 J M A T」との連携を含む）</td></tr><tr><td>3. J M A T活動（特に支援 J M A Tとして）</td><td>（1）都道府県保健医療調整本部、保健所（地域保健医療調整本部・地域の拠点）への登録（J M A T側） （7）避難所等における活動 ※被災地で気を付けなければならない疾病（熱中症、DVT 等）への対策を含む （8）多様な関係者との連携 （9）撤収（被災地の行政機関（保健所等）や医療機関への引き継ぎ・挨拶</td></tr></table>	1. 保健医療調整本部の運営、コーディネート機能	（1）都道府県保健医療調整本部、保健所（地域保健医療調整本部・地域の拠点）への登録（コーディネーター側） （2）現地のコーディネート機能下での活動 （3）災害医療コーディネーターとの連携 （4）D M A T等との役割分担・連携・円滑な引き継ぎ	2. 災害発生直後およびそれ以降の被災地医師会	（5）救護所の運営（受援側、被災地 J M A Tとしての活動） （6）在宅患者・要配慮者等の医療ニーズの把握と対応 （他地域からの「支援 J M A T」との連携を含む）	3. J M A T活動（特に支援 J M A Tとして）	（1）都道府県保健医療調整本部、保健所（地域保健医療調整本部・地域の拠点）への登録（J M A T側） （7）避難所等における活動 ※被災地で気を付けなければならない疾病（熱中症、DVT 等）への対策を含む （8）多様な関係者との連携 （9）撤収（被災地の行政機関（保健所等）や医療機関への引き継ぎ・挨拶	120 分 （左 表の 1： 30 分， 2： 40 分、 3： 50 分）
1. 保健医療調整本部の運営、コーディネート機能	（1）都道府県保健医療調整本部、保健所（地域保健医療調整本部・地域の拠点）への登録（コーディネーター側） （2）現地のコーディネート機能下での活動 （3）災害医療コーディネーターとの連携 （4）D M A T等との役割分担・連携・円滑な引き継ぎ								
2. 災害発生直後およびそれ以降の被災地医師会	（5）救護所の運営（受援側、被災地 J M A Tとしての活動） （6）在宅患者・要配慮者等の医療ニーズの把握と対応 （他地域からの「支援 J M A T」との連携を含む）								
3. J M A T活動（特に支援 J M A Tとして）	（1）都道府県保健医療調整本部、保健所（地域保健医療調整本部・地域の拠点）への登録（J M A T側） （7）避難所等における活動 ※被災地で気を付けなければならない疾病（熱中症、DVT 等）への対策を含む （8）多様な関係者との連携 （9）撤収（被災地の行政機関（保健所等）や医療機関への引き継ぎ・挨拶								
実 習	情報の共有・記録	講師より下記の内容の概括を述べた後、各テーブルにおいて実習をしてもらう <table><tr><td>1. E M I S 実習</td><td rowspan="2">全グループ同時に実習</td></tr><tr><td>2. J - S P E E D 実習</td></tr></table>	1. E M I S 実習	全グループ同時に実習	2. J - S P E E D 実習	60 分			
1. E M I S 実習	全グループ同時に実習								
2. J - S P E E D 実習									

		<table><tr><td>3. 衛星電話・トランシーバー実習</td><td>例) A B C</td><td>例) D E F G</td></tr><tr><td>4. クロノロジー</td><td>例) D E F G</td><td>例) A B C</td></tr></table> ※ 3. 4.の実習は、A～Cグループは衛星電話実習を先に行い、その後クロノロジーを実施。 D～Gグループはクロノロジーを先に行い、その後衛星電話実習を行う。	3. 衛星電話・トランシーバー実習	例) A B C	例) D E F G	4. クロノロジー	例) D E F G	例) A B C	
3. 衛星電話・トランシーバー実習	例) A B C	例) D E F G							
4. クロノロジー	例) D E F G	例) A B C							
実習	日本医師会への情報発信、全国の医師会との情報共有	講師より下記の内容の概括を述べた後、各テーブルにおいて、自分たちがJMATとして被災地から情報発信をするという前提で実習をしてもらう（後発のJMAT、統括JMAT、日本医師会や全国の医師会に対し、どのような点に留意して活動報告や各種情報を作成するべきか） JMAT 活動報告 被災地からの各種情報提供	30 分						
実習	トリアージ	講師より下記の内容の概括を述べた後、各テーブルにおいて実習をしてもらう トリアージタグ、START 法等の説明含む	30 分						
実習	熱傷・外傷の処置	- 自地域が被災し、「被災地JMAT」として救護所に出動した場合などを想定し、ターニケットの装着実習含む - 気道熱傷 - クラッシュシンドローム（圧挫症候群） - 外傷時の止血法その他災害時の傷病（救護所等でのターニケットの確認・使用法等） ※他に講義（事前学習可）	30 分						
講義	検視・検案		30 分						
合計		講義（座学） 実習	150 分 270 分						
修了式		講評、修了証書授与等							

※ 日本医師会生涯教育制度に合わせて原則 30 分単位とする。

JMAT 研修 統括 JMAT（先遣 JMAT 機能含む）編 プログラム構成

※講義は、その一部又は全部を事前学習及びその確認（小テスト等の実施）とすることができる。

	科目	概要	時間
講義	災害関係制度	災害関係法令・諸制度（医療計画上の「災害医療」含む） 地方自治体独自の制度等	30 分
	災害医療概論（統括 JMAT 編）	コーディネート機能、インシデントコマンドシステム、スフィアスタンダード	30 分
	統括 JMAT 総論	JMAT 要綱 日本医師会（JMAT 本部）-都道府県医師会-郡市区医師会に求められる役割 過去事例 統括 JMAT に求められる役割 都道府県保健医療調整本部・地域の保健医療調整本部、被災地のコーディネート機能の下での活動、被災地医師会との協働、災害医療コーディネーターとの連携 DMAT 等との役割分担・連携・円滑な引き継ぎ 診療内容（発災直後、急性期以降の環境悪化に伴う疾病とその予防・対応） 避難者の健康管理（行政職員、支援者等を含む）、医療ニーズの有無・探索と内容の把握、在宅・福祉施設等の巡回等 情報の共有の意義（別項） 撤収のあり方（JMAT 活動縮小・終了時期の見極め、被災地関係者等への説明、被災地の行政機関（保健所等）や医療機関への引き継ぎ等） 先遣 JMAT 機能 避難所等の環境改善、感染制御 派遣準備・JMAT を送り出す側としての役割 被災地の医師会、現地の統括 JMAT との連携 必要な診療科・専門領域の把握 安全確認・移動手段 派遣された JMAT に対するメンタルヘルス 他の組織（自衛隊等）との連携	30 分
	情報の共有と実際	情報共有の意義：JMAT 活動として、被災地コーディネート活動としての情報収集 実際：JMAT 活動報告、EMIS（広域災害・救急医療情	30 分

		報システム)、衛星携帯電話等、 J-SPEED、避難所アセスメントシート等		
実 習	被災地における活動 (統括編)	1. 保健医療調整本部の運営、コーディネート機能 (1) 都道府県保健医療調整本部、保健所(地域保健医療調整本部・地域の拠点)における会議等への参画(調整本部ロジスティクスチーム側の視点より) (2) 災害医療コーディネーターとの連携 (3) DMAT等との役割分担・連携・円滑な引き継ぎ(調整本部ロジスティクスチーム側の視点より) (4) 日本赤十字社、日本災害医学会その他多様な関係者との連携(調整本部ロジスティクスチーム側の視点より) (5) DHEAT(先遣・統括 JMATとしてどのように地域拠点で連携すべきかについて) (6) その他、都道府県災害医療コーディネート研修参照	(7) 都道府県保健医療調整本部、保健所(地域保健医療調整本部・地域の拠点)における会議等への参画(統括 JMAT 側の視点より) (8) 避難所、在宅患者・要配慮者等の状況把握 (9) DMAT との役割分担・連携・円滑な引き継ぎ、多様な保健医療チームや関係者との連携(統括 JMAT 側の視点より) (10) 日本赤十字社、日本災害医学会その他多様な関係者との連携(統括 JMAT 側の視点より) (11) 医療ニーズの把握、分析、評価、JMAT の派遣ニーズの判断	120 分 1. : 60 分 2. : 60 分

実 習	情報の共有・記録	特に、保健医療チームの派遣調整拠点に詰める立場で、EMIS の情報をどう読み解き、分析すべきかに焦点を当てる。		90 分 1. 30 分 2. 20 分 3. 20 分 4. 20 分
		1. EMIS 実習	全グループ同時に実習	
		2. J-SPEED 実習		
		3. 衛星電話・トランシーバー実習	例) A B C 例) D E F G	
		4. クロノロジー	例) D E F G 例) A B C	
		※ 3. 4.の実習は A～C グループは衛星電話実習を先に行い、その後クロノロジーを実施。 D～G グループはクロノロジーを先に行い、その後衛星電話実習を行う。		
実 習	日本医師会への情報発信、全国の医師会との情報共有	JMAT 活動報告 被災地からの各種情報提供 統括 JMAT としての情報発信、各 JMAT に対する情報発信のあり方の助言		30
合計		講義（座学） 実習		120 240
修了式		講評、修了証書授与、記念撮影等		

※ 日本医師会生涯教育制度に合わせて 30 分単位とする。

JMAT 研修 ロジスティクス編

1-1. 学習目標

- 災害時、JMAT（日本医師会災害医療チーム）の派遣／受入を担う医師会活動において、被災地の医師会や都道府県保健医療調整本部・地域拠点との関係、地域拠点におけるミーティング、J-speed、支援・受援等、ロジスティクスの役割を果たすことができるようになる。

1-2. 対象者

- 医師：ロジスティクスの育成・指導を担う立場で受講
- 医師会・医療機関の事務職員：現地に到着した JMAT の一員としての業務調整、都道府県医師会における JMAT の派遣・受け入れを担う立場で受講
- 看護職員、救急救命士や臨床検査技師等の医療関係職種：主に現地に到着した JMAT で業務調整を担う立場として受講

1-3. インストラクター

- 医師会役員、医師会ロジスティクス担当者（過去の災害対応経験者等）：医師会活動として何が求められるか
 - DMAT 関係者、日本災害医学会関係者、日本赤十字社関係者、災害関係委員会委員：災害医療の専門家（医師会活動や医師会の役割への理解が深い者）
 - 必要に応じて、歯科医師、薬剤師、看護職員やその他の医療従事者、介護・福祉関係者、保健・栄養関係者：多職種連携
- ※ 一つの所属に絞るのではなく、インストラクター同士や受講者・研修開催医師会との「顔の見える関係」の醸成も目指す。
- ※ 職種・資格は問わず、資質・経験を基に選任

1-4. プログラムの構成

- 講義（座学）と実習の組み合わせにより行う。
- 各都道府県医師会等が開催する研修では、講義（座学）は、その一部又は全部を事前学習及びその確認（小テスト等の実施）の組み合わせとすることを認める。

1-5. 進め方

- 令和元年度中に、日本医師会において47都道府県医師会担当役員・ロジスティクス担当向けに研修会を開催し、各都道府県医師会等で開催する研修の基本とする。同時に、課題の抽出・プログラムの見直しを行う。
- 講義（座学）は録画して都道府県医師会に提供し、地域で開催する研修の受講者が事前に学習できるようにする。
- 医師の受講者については、日本医師会生涯教育制度の対象とする。

JMAT 研修 ロジスティクス編 プログラム構成

※講義は、その一部又は全部を事前学習及びその確認（小テスト等の実施）とすることができる。

	科目	概要	時間
講義	災害医療概論	- 災害に関する共通理念・言語、災害医療関連制度、ICS（インシデントコマンドシステム）、スフィアスタンダード - コーディネート機能の下での活動 - DMAT 等の他の医療チーム、関係団体等との役割分担と連携 - 安全確保	30 分
	JMAT ロジスティクス総論	- JMAT 要綱 - 日本医師会（JMAT 本部）-都道府県医師会-郡市区医師会に求められる役割 - 過去事例 - JMAT に求められる役割 ➢ 「被災地 J M A T」、「支援 J M A T」それぞれの役割と連携 ➢ 都道府県保健医療調整本部・地域の保健医療調整本部、被災地のコーディネート機能の下での活動、被災地の医師会との協働（支援 J M A T）、災害医療コーディネーターとの連携 ➢ DMAT 等との役割分担・連携・円滑な引き継ぎ ➢ 診療内容（発災直後、急性期以降の環境悪化に伴う疾病とその予防・対応） ➢ 避難者の健康管理（行政職員、支援者等を含む）、医療ニーズの有無・探索と内容の把握、在宅・福祉施設等の巡回等 ➢ 撤収のあり方（被災地の行政機関（保健所等）や医療機関への引き継ぎ - 避難所等の環境改善、感染制御 - 医薬品・資器材リスト	30 分
	情報の共有と実際	情報共有の意義：JMAT 活動及び被災地コーディネート機能下での活動として<ロジスティクスとしての> クロノロジー、EMIS（広域災害救急医療情報システム）、衛星携帯電話等、災害診療記録・J-SPEED、避難所アセスメントシート等	30 分
実習	本部機能	ロジスティクスとして求められるもの ※下記の内容のうち半数以上の内容とする <被災地 J M A T、支援 J M A T 共通> 災害発生直後の対応：情報収集、登録 J M A T への待機要請、都道府県医・日医災害時情報共有システム（オクレンジャー）	90 分

		※実習が困難な場合は動画視聴に代えてよいものとする - 日本医師会、被災地医師会、関係行政機関、関係団体（四師会、J R A T 地域支部その他医療関係職能団体・学会等）、医師会災害関係委員会委員や連携している D M A T ・災害拠点病院との関係者との連絡 - 初期段階の J M A T の編成、待機 - J M A T 本部サイト（日本医師会）：J M A T 参加者の登録、必要な資料の入手、クロノロジーへの入力・閲覧、各 J M A T の派遣カレンダーの確認等 ※実習が困難な場合は動画視聴に代えてよいものとする - J M A T 派遣に当たっての各種手配（医薬品・資器材、交通手段（航空機、レンタカー等）、移動ルート確認、宿泊手配等 - 連続的な派遣の調整 <被災地 J M A T > - 被災地の都道府県医師会として、保健医療調整本部、地域拠点への参画（郡市区医師会への参画要請） - 支援 J M A T や被災地外の都道府県医師会からの職員派遣支援等の受入							
実 習	被災地における活動	※2020 年 1 月 13 日に開催した JMAT 研修では、「2.災害発生直後およびそれ以降の被災地医師会」の内容を、「本部機能」の科目に移動させプログラムを変更して実施した。 ※下記の内容のうち半数以上の内容とする <table><tr><td>1. 保健医療調整本部の運営、コーディネート機能</td><td>（1）都道府県保健医療調整本部、保健所（地域保健医療調整本部・地域の拠点）への登録（コーディネーター側） （2）現地のコーディネート機能下での活動 （3）災害医療コーディネーターとの連携 （4）D M A T 等との役割分担・連携・円滑な引き継ぎ</td></tr><tr><td>2. 災害発生直後およびそれ以降の被災地医師会</td><td>（5）救護所の運営（受援側、被災地 J M A T としての活動） （6）在宅患者・要配慮者等の医療ニーズの把握と対応 （他地域からの「支援 J M A T」との連携を含む）</td></tr><tr><td>3. J M A T 活動（特に支援 J M A</td><td>（7）都道府県保健医療調整本部、保健所（地域保健医療調整本部・地域の拠点）への登録</td></tr></table>	1. 保健医療調整本部の運営、コーディネート機能	（1）都道府県保健医療調整本部、保健所（地域保健医療調整本部・地域の拠点）への登録（コーディネーター側） （2）現地のコーディネート機能下での活動 （3）災害医療コーディネーターとの連携 （4）D M A T 等との役割分担・連携・円滑な引き継ぎ	2. 災害発生直後およびそれ以降の被災地医師会	（5）救護所の運営（受援側、被災地 J M A T としての活動） （6）在宅患者・要配慮者等の医療ニーズの把握と対応 （他地域からの「支援 J M A T」との連携を含む）	3. J M A T 活動（特に支援 J M A	（7）都道府県保健医療調整本部、保健所（地域保健医療調整本部・地域の拠点）への登録	120 分
1. 保健医療調整本部の運営、コーディネート機能	（1）都道府県保健医療調整本部、保健所（地域保健医療調整本部・地域の拠点）への登録（コーディネーター側） （2）現地のコーディネート機能下での活動 （3）災害医療コーディネーターとの連携 （4）D M A T 等との役割分担・連携・円滑な引き継ぎ								
2. 災害発生直後およびそれ以降の被災地医師会	（5）救護所の運営（受援側、被災地 J M A T としての活動） （6）在宅患者・要配慮者等の医療ニーズの把握と対応 （他地域からの「支援 J M A T」との連携を含む）								
3. J M A T 活動（特に支援 J M A	（7）都道府県保健医療調整本部、保健所（地域保健医療調整本部・地域の拠点）への登録								

		<table><tr><td>Tとして)</td><td colspan="2">(J M A T側) (8) 避難所等における活動 (9) 多様な関係者との連携 (10) 撤収(被災地の行政機関(保健所等)や医療機関への引き継ぎ・挨拶</td></tr></table>	Tとして)	(J M A T側) (8) 避難所等における活動 (9) 多様な関係者との連携 (10) 撤収(被災地の行政機関(保健所等)や医療機関への引き継ぎ・挨拶											
Tとして)	(J M A T側) (8) 避難所等における活動 (9) 多様な関係者との連携 (10) 撤収(被災地の行政機関(保健所等)や医療機関への引き継ぎ・挨拶														
実 習	情報の共有・記録	ロジスティクスを前提とした内容とする			60分										
		<table><tr><td>1. E M I S 実習</td><td colspan="2" rowspan="2">全グループ同時に実習</td></tr><tr><td>2. J - S P E E D 実習</td></tr><tr><td>3. 衛星電話・トランシーバー実習</td><td>例) A B C</td><td>例) D E F G</td></tr><tr><td>4. クロノロジー</td><td>例) D E F G</td><td>例) A B C</td></tr></table>				1. E M I S 実習	全グループ同時に実習		2. J - S P E E D 実習	3. 衛星電話・トランシーバー実習	例) A B C	例) D E F G	4. クロノロジー	例) D E F G	例) A B C
		1. E M I S 実習	全グループ同時に実習												
		2. J - S P E E D 実習													
		3. 衛星電話・トランシーバー実習	例) A B C	例) D E F G											
4. クロノロジー	例) D E F G	例) A B C													
※3. 4.の実習はA～Cグループは衛星電話実習を先に行い、その後クロノロジーを実施。 D～Gグループはクロノロジーを先に行い、その後衛星電話実習を行う。															
実 習	日本医師会への情報発信、全国の医師会との情報共有	※実習が困難な場合は動画視聴に代えてよいものとする JMAT 本部サイト、都道府県医・日医災害時情報共有システム(オクレンジャー)の活用			30分										
		・ JMAT 活動報告(ロジスティクスとして) ・ 被災地からの各種情報提供													
講 義	J M A T 派遣終了後の活動	・ 活動記録や課題の集約 ・ 災害救助法や都道府県知事との協定に基づく請求事務			30分										
講 義	地域医療の復旧	・ 厚生労働省・中小企業庁等の国庫補助事業、地方単独事業の概要、請求プロセス			30分										
合計		講義(座学) 実習			150分 300分										
修了式		講評、修了証書授与等													

※ 日本医師会生涯教育制度に合わせて原則 30 分単位とする。

〇〇〇医師会 会長 殿

（ラグビーワールドカップ 2019 開催地の都道府県医師会・郡市医師会へ送付）

日本医師会会長

横 倉 義 武

特殊災害事案発生時のワンストップ窓口開設のご案内

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、「ラグビーワールドカップ 2019」が本年 9 月 20 日より開幕されます。競技会場やその周辺地域におけるテロリズム等による特殊災害の発生が起きる可能性があり、日本医師会としても万全の体制で臨まなければなりません。

そこで日本医師会では、競技場内医務室出務者や競技場周辺の医療機関を対象に、特殊災害事案発生時の電話相談窓口（以下、ワンストップ窓口）を開設することといたしました。安全かつ確実に初期対応（安全確保、防護、除染、処置投薬、隔離など）を行うための支援や助言を専門家から提供することを目的としております。詳細は別紙をご確認下さいますようお願い申し上げます。

つきましては、貴会におかれましても、本件についてご了知いただくとともに、貴会管下会員等への周知方につき、ご高配のほどようお願い申し上げます。

追って、ワンストップ窓口をご利用される競技場内医務室出務者および競技場周辺の医療機関向けの利用の手引きを後日お送りする予定です。

なお、本会より直接、ラグビーワールドカップ 2019 開催地の郡市医師会長宛にも本窓口開設のご案内をお送りしていることを申し添えます。

特殊災害事案発生時のワンストップ窓口のご利用について

ワンストップ窓口とは

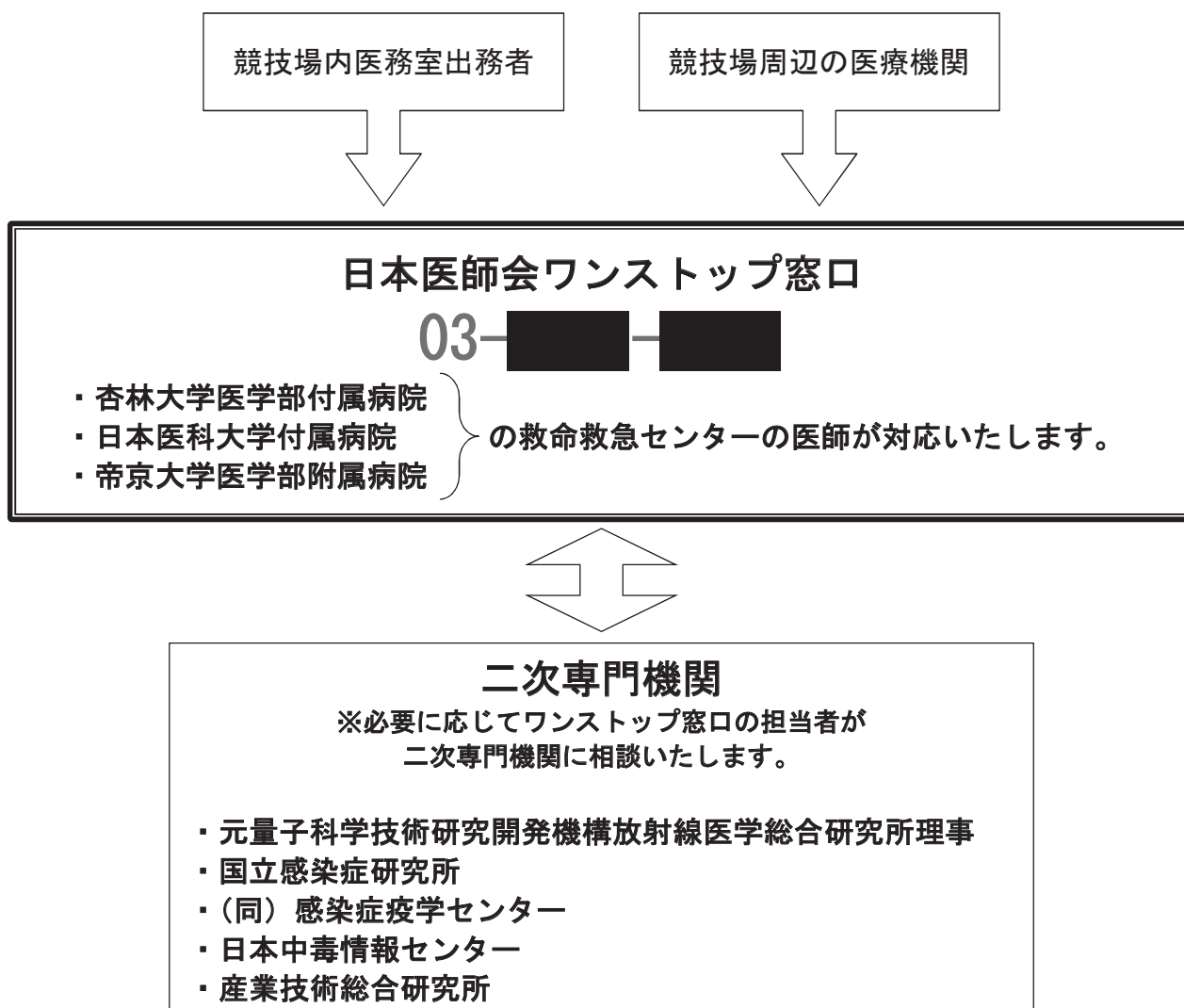
特殊な災害の医療対応について、救急・災害医療の専門家に相談できる一元化された窓口です。マスギャザリング（集団形成）はテロのターゲットになり得ることから、常に特殊な災害の発生も考慮した対応が求められます。本窓口は、医療対応の最前線となる会場医務室出務者に、疑い例を含む CBRNE 災害に対して専門家の助言・支援を提供します。

名称	日本医師会ワンストップ窓口
相談電話番号	03-■■■■-■■■■
受付日時	2019 年 9 月 20 日（金）～令和元年 11 月 2 日（土） 試合開始予定 1 時間前～試合終了 1 時間後まで
ご利用対象者	ラグビーワールドカップ 2019 競技場内医務室出務者 競技場周辺の医療機関

ワンストップ窓口への相談対象となるケースの例

- ✓ 核・放射性物質、生物剤、化学物質、爆発物などによるテロ行為の情報
- ✓ 爆発物や放置物の情報および異常な音や臭いを伴う事案の発生
- ✓ 短期間に同一症状で複数の傷病者が発生
- ✓ 稀な症状や原因不明の疾患が発生
- ✓ 消化器症状や呼吸器症状、皮膚・粘膜症状などを呈する複数の傷病者が発生など

ワンストップ窓口概略図



	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
9月20日 金	杏林								####	####	日本 VS ロシア（調布）	####	####
9月21日 土	杏林		####	####	オーストラリア VS フィジー（札幌）	####	####	フランス VS アルゼンチン（調布）	####	####	ニュージーランド VS 南アフリカ（横浜）	####	
9月22日 日	帝京		####	####	イタリア VS ナミビア（大阪）	####	####	アイルランド VS スコットランド（横浜）	####	####	イングランド VS トンガ（札幌）	####	####
9月23日 月	日医							####	####	ウェールズ VS ジョージア（愛知）	####	####	
9月24日 火	杏林							####	####	ロシア VS サモア（熊谷）	####	####	
9月25日 水	帝京		####	####	フィジー VS ウルグアイ（岩手）	####	####						
9月26日 木	日医					####	####	イタリア VS カナダ（福岡）	####	####	イングランド VS アメリカ（神戸）	####	####
9月28日 土	杏林		####	####	アルゼンチン VS トンガ（大阪）	####	####	日本 VS アイルランド（静岡）	####	####	南アフリカ VS ナミビア（愛知）	####	####
9月29日 日	杏林		####	####	ジョージア VS ウルグアイ（熊谷）	####	####	オーストラリア VS ウェールズ（調布）	####	####			
9月30日 月	帝京							####	####	スコットランド VS サモア（神戸）	####	####	
10月2日 水	日医					####	####	フランス VS アメリカ（福岡）	####	####	ニュージーランド VS カナダ（大分）	####	####
10月3日 木	杏林		####	####	ジョージア VS フィジー（大阪）	####	####		####	####	アイルランド VS ロシア（神戸）	####	####
10月5日 土	日医		####	####	オーストラリア VS ウルグアイ（大分）	####	####	イングランド VS アルゼンチン（調布）	####	####	日本 VS サモア（愛知）	####	####
10月6日 日	杏林		####	####	ニュージーランド VS ナミビア（調布）	####	####	フランス VS トンガ（熊本）	####	####			
10月8日 火	杏林							####	####	南アフリカ VS カナダ（神戸）	####	####	
10月9日 水	杏林		####	####	アルゼンチン VS アメリカ（熊谷）	####	####	スコットランド VS ロシア（静岡）	####	####	ウェールズ VS フィジー（大分）	####	####
10月11日 金	杏林							####	####	オーストラリア VS ジョージア（静岡）	####	####	
10月12日 土	杏林		####	####	ニュージーランド VS イタリア（愛知）	####	####	####	イングランド VS フランス（横浜）	####	####	アイルランド VS サモア（福岡）	####
10月13日 日	帝京	####	####	####	ナミビア VS カナダ（岩手）	####	####	####	ウェールズ VS ウルグアイ（熊本）	####	####	日本 VS スコットランド（横浜）	####
10月19日 土	日医					####	####	準々決勝1 プールC1位 VS プールD2位	####	####	準々決勝2 プールB1位 VS プールA2位	####	####
10月20日 日	杏林					####	####	準々決勝3 プールD1位 VS プールC2位	####	####	準々決勝4 プールA1位 VS プールB2位	####	####
10月26日 土	杏林					####	####	準決勝1 準々決勝1勝者 VS 準々決勝2勝者	####	####			
10月27日 日	帝京						####	####	準決勝2 準々決勝3勝者 VS 準々決勝4勝者	####	####		
11月1日 金	日医						####	####	3位決定戦	####	####		
11月2日 土	杏林						####	####	決勝	####	####		

* 1試合の時間配分：4時間 →（予備）1時間＋試合時間2時間【（前半）40分＋（ハーフタイム）12分＋（後半）40分＋その他】＋（予備）1時間

窓口担当医(当番医)のための「ワンストップ窓口：対応の手引き」

ワンストップ窓口とは：

特殊な災害の医療対応について、救急・災害医療の専門家に相談できる一元化された窓口です。マスギャザリング（集団形成）はテロのターゲットになり得ることから、常に特殊な災害の発生も考慮した対応が求められます。本窓口は、ラストマイルやファンゾーン等の会場外医務室出務者、開催地都市医師会役員や会場周辺医療機関医師（会場内を除く現場活動医師）に、疑い例を含むCBRNE災害に対して専門家の助言・支援を提供します。

対象となるケース：

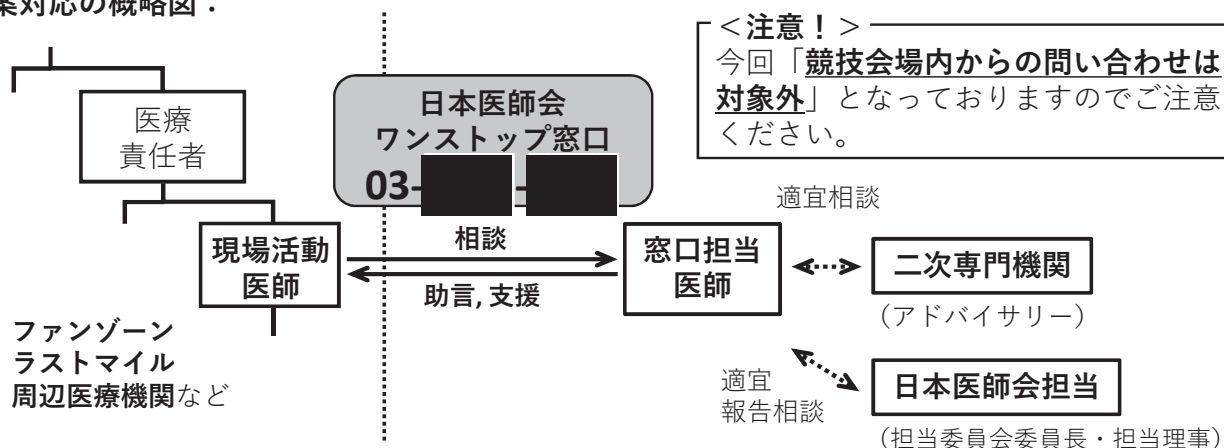
現場活動医師には、傷病者の有無を問わず、以下のような特殊災害が疑われる事案を窓口への相談対象としています。

- ✓ 核・放射性物質、生物剤、化学物質、爆発物などによるテロ行為の情報
- ✓ 爆発物や放置物の情報および異常な音や臭いを伴う事案の発生
- ✓ 短期間に同一症状で複数の傷病者が発生
- ✓ 稀な症状や原因不明の疾患が発生
- ✓ 消化器症状や呼吸器症状、皮膚・粘膜症状などを呈する複数の傷病者が発生

当該医師がこれらの事案を疑うと、以下の手順に従い窓口へ相談することが推奨されています。多くの医師は災害医療について初心者であることが想定されるため、オーバートリアージは許容して頂くようお願いします。

初期対応（防護、処置、隔離、除染、薬剤投与）などについて、事案に応じたご助言を頂き、専門的な判断が必要な場合には二次専門機関への相談を取り次いでください。

事案対応の概略図：



現場活動医師には、第一段階としてMETHANEに沿った情報の収集・共有を推奨しています。

伝達項目	メモ欄（左記を参考に記入可）
M y call sign & Major incident declared 名前と事故/災害の発生を宣言	
E xact location 正確な発生場所は	
T ype of incident どんな事故/災害か	
H azards- present & potential 危険性は(現状&拡大の可能性)	
A ccess routes safe to use 到達可能な経路・進入方向は	
N umber of casualties 負傷者数とその重症度は	
E mergency Services- present & required 緊急対応の現状と追加の需要は	

担当医師の待機について：

担当医師の待機については、下記に沿った対応をお願いします。

【待機時間】

当番日の試合開始予定1時間前から試合終了1時間後までです。

【待機場所】

専用携帯電話で常時通話できる環境に待機してください。

【待機環境】

情報収集手段および関係各所との連絡手段として、テレビ、インターネット、専用携帯電話以外の電話および連絡ツールなどが使える環境を整えてください。

本手順書や連絡先一覧を入れたファイルは、常に確認できる場所に配置してください。

【専用電話】

初回担当日までに通信状況の確認を行ってください。

担当時間外は電源をoffにしてください。

窓口への電話は、当番施設の専用携帯電話に転送されます。その際、番号通知は、窓口電話番号ではなくかけたご本人の番号になります。

まれにFAXが入電してしまうことがあります。大変申し訳ありませんが、その際には電話を切ってください。

業務内容について：

担当医師の業務については、以下の内容に沿った対応をお願いいたします。

まず、119/110番と上位者への通報済であることを確認してください。

- ✓ 現場活動医師には、事案の覚知者になった場合に119/110番通報と上位者への報告が優先される(危機対応のスイッチを入れる)ことを伝えていますが、連絡が入った際は必ず確認をお願いします。

主たる役割は、現場活動医師が安全かつ確実に初期対応（安全確保、防護、除染、処置投薬、隔離など）を行うために、支援・助言を提供することです。

- ✓ 相談者には自身と周囲の安全確保を最優先にした活動を促してください。
- ✓ ご自身で回答できる内容の相談には、そのままご対応ください。
- ✓ 判断に迷う場合や、本格的なCBRNE災害事案の発生時には、当該領域の二次専門機関と密に連携を図って対応してください（主な連絡先は別紙および専用携帯電話に収載されています）。
- ✓ 現場活動医師は、当該事案に不慣れであることが想定されます。そのため、会場から情報を引き出し整理したうえで二次専門機関に相談することも期待される大きな役割となることをご理解ください。

その他：

各試合ごとに、連絡の有無や相手、相談内容など、活動内容の記録を残してください。

- ✓ 配布したエクセルファイル様式に従い、詳細に記録頂きますようお願いいたします。
- ✓ 後日回収のうえ事後検証に使用させていただきますので、予めご了承ください。

必要に応じて日本医師会救急災害医療対応委員会委員長および同担当理事と情報共有を図ってください。

開催期間中に、運用や実務に伴って問題が生じた際（例：窓口電話の不通、緊急連絡）や不明な点がある際は日本医師会救急災害医療対策委員会委員長までご連絡ください。

ラグビーワールドカップ2019 ワンストップ窓口 当番施設活動記録

Ver.1.1

基礎情報：

開催日	曜日	試合開始予定	試合終了時間	活動(待機)終了時間
2019/9/20	金曜日	19:45		
会場		会場住所		医務室電話番号
東京スタジアム		調布市西町376-3		
対戦国				
日本対ロシア				
当番施設			当番医	
杏林大学医学部附属病院高度救命救急センター				

活動情報：

会場医務室からの相談	「あり」の場合		
☐ なし ☐ あり	相談事案()件		
その他の相談	「あり」の場合		
☐ なし ☐ あり	相談事案()件	☐	会場医務室からの相談と同一案件
二次医療機関への相談	「あり」の場合		
☐ なし ☐ あり	相談事案()件	☐	会場医務室からの相談と同一案件

活動のクロノロジー：

スペース不足や複数事案に対応した場合は予備の用紙を使用してください。

時間	相手	相談内容/活動内容/その他

自由記載欄：

課題、改善すべき点、その他、気が付いたことなどがあれば何でも自由にご記載ください。